

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

404

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert FIRMINHAC

Né le 27 avril 1906, à Paris

CONTRIBUTION
AU TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE L'OVARITE SCLÉRO-KYSTIQUE

L'OPÉRATION DE WALTHER
RÉSECTION SUBTOTALE DE L'OVAIRE

Président : M. JEAN-LOUIS FAURE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert FIRMINHAC

Né le 27 avril 1906, à Paris

CONTRIBUTION
AU TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE L'OVARITE SCLÉRO-KYSTIQUE

L'OPÉRATION DE WALTHER
RÉSECTION SUBTOTALE DE L'OVAIRE

Président : M. JEAN-LOUIS FAURE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

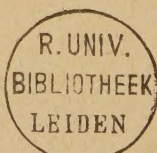
15, RUE RACINE, 15

1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire.....	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

LAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
 ÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 ERNARD (E) . Pathologie médicale.
 OULIN Pathologie médicale.
 ROCQ Pathologie chirurgicale.
 ULLIARD Histologie.
 ATHALA Pathologie médicale.
 HABROL Pathologie médicale.
 HEVALLIER.. Pathologie médicale.
 OGNON Physique.
 ONZELOT Pathologie médicale.
 EY Urologie.
 ALLIARD Parasitologie.
 ASTINEL Bactériologie.
 ATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 E GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 AYET Physiologie.
 IROUD Histologie.
 AGUENAU ... Pathologie médicale.
 ALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 AZARD Pharmacologie.
 UGUENIN Anatomie pathologique.
 OANNON Hygiène.
 ABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 ACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie .
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VELTER Ophthalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 HAILLEY-BERT Physiologie

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
AUBERTIN Clinique médicale.
BRULÉ Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
HARVIER Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.
GUÉNIOT Clinique obstétricale.
LE LORIER Clinique obstétricale.

MM.

LÉVY-SOLAL .. Clinique obstétricale.
METZGER Clinique obstétricale.
BASSET Clinique chirurgicale.
CADENAT Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER . Clinique chirurgicale.
MOCQUOT Clinique chirurgicale.
MOURE Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

FREY	Éducation physique
CHAILLEY-BERT, agrégé	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

Professeur de Clinique gynécologique
Chirurgien de l'Hôpital Broca
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommages respectueux.*

A M. LE DOCTEUR DOUAY

Chef des travaux gynécologiques à l'Hôpital Broca
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et guidé de ses conseils.*

*Hommage et témoignage de notre vive
gratitude.*

A NOS MAITRES DANS LÉS HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR BEZANÇON

M. LE PROFESSEUR HARTMANN

M. LE DOCTEUR OKINCZYC

M. LE DOCTEUR BROUARDEL

M. LE DOCTEUR ROBINEAU

M. LE DOCTEUR APERT

M. LE DOCTEUR LOUSTE

M. LE PROFESSEUR LEGUEU

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

M. LE DOCTEUR PORTES

A MON CAMARADE

M. LE DOCTEUR PEYTAVIN

Ancien chef de clinique à la Faculté

Contribution au traitement chirurgical de l'Ovarite scléro-kystique

L'Opération de Walther. — Résection subtotale de l'ovaire

INTRODUCTION

Nous voulons, dans cette thèse, attirer l'attention des chirurgiens sur un procédé de résection partielle de l'ovaire applicable à ces cas d'ovarite sclérokystique bilatérale pour lesquels l'hystérectomie avec castration paraît devoir être la seule technique efficace.

C'est l'opération de Walther ou résection subtotale de l'ovaire, opération qu'il ne faut pas confondre avec la résection partielle cunéiforme.

Cette méthode est utilisée couramment depuis 1926 dans le service du Professeur Jean-Louis Faure; elle y a été introduite par son Assistant, le Dr Douay et elle a donné, dans l'ensemble, des résultats éloignés nettement satisfaisants.

Nous avons relevé trente-huit observations de 1927 à 1932, plus un cas solitaire effectué en 1925; nous n'avons pas recueilli celles de 1933, les résultats n'étant pas encore assez éloignés.

Nous voudrions, dans ce travail, montrer les indications et avantages de cette thérapeutique et en préciser la technique.

HISTORIQUE

Historique de l'ovarite sclérokystique.

L'ovarite sclérokystique fut découverte vers le milieu du xix^e siècle.

Entrevue par Lisfranc, elle fut décrite par Cherreau dans un Mémoire paru en 1844, puis par Tilt en Angleterre, mais leurs travaux eurent peu de succès.

Rokitansky fait la première description d'ovarite polykystique pathologique chez une femme morte d'infection puerpérale; il enlève les deux ovaires qui sont gros et polykystiques.

Mais la connaissance de cet état particulier de l'ovaire date surtout des premières ovariectomies.

Hégar, Batley, Lawson Tait constatent que les ovaires qu'ils enlèvent pour des douleurs pelviennes, pour des troubles nerveux locaux ou généraux, pour des ménorragies sont atteints très souvent de dégénérescence microkystique. Tissier, dans sa thèse qui réunit la majorité des ovariectomies faites jusqu'en 1885, affirme que presque tous les ovaires présentent des altérations de dégénérescence kystique. Magnin, qui

rapporte vingt et une observations de castration pour douleurs pelviennes accompagnées d'accidents hystériques, constate dix fois la dégénérescence microkystique.

Son extrême fréquence dans les affections douloureuses du petit bassin devait conduire les gynécologues à la considérer comme la lésion prédominante de la pathologie pelvienne et comme la cause des troubles morbides qui l'accompagnent. Hégar et Lawson Tait ont les premiers mis en relief cette importance clinique ; ils affirment, que la lésion peut être diagnostiquée dans la plupart des cas, et que, toutes les fois qu'elle est accompagnée de symptômes morbides, il faut pratiquer la castration.

Gallard, en 1873, dans sa *Clinique sur les maladies des femmes*, montre déjà la différence entre l'ovarite primitive et l'ovarite infectieuse.

En 1878, de Sinety et Malassez séparent ces ovaires microkystiques des néoplasmes de l'ovaire, assignent aux petits kystes une origine folliculaire et les considèrent comme le résultat de l'hydropisie des follicules de de Graaf.

Lawson Tait admet deux variétés d'ovarite chronique : l'une, interstitielle, l'autre où les formations kystiques d'origine folliculaire sont prépondérantes.

En 1885, Dalche, dans sa thèse sur l'ovarite, se rallie aux conclusions des auteurs anglais, mais se demande si cette variété d'ovarite microkystique est « une modalité terminale de l'ovarite essentielle ou

bien si elle a sa modalité propre ». De longues recherches histologiques sont nécessaires, ajoute-t-il.

Nous trouvons dans les travaux de Paul Petit et Pilliet, la première étude histologique précise, basée sur l'examen d'un certain nombre d'ovaires à dégénérescence microkystique. Paul Petit assigne à ces lésions une signification inflammatoire.

Depaul, Courty, Waldeyer, Virchow avaient montré jadis que chez les nouveau-nés, on pouvait trouver des ovaires avec de grosses vésicules développées aux dépens des follicules arrivés à maturité. De Sinety avait décrit des ovaires d'enfants avec dégénérescence microkystique.

Quénu, Terrillon, Reynier et Sainton, Pozzi, Richelot considèrent cette lésion comme peu grave et sans importance.

Les théories s'accumulent, la pathogénie se discute et bientôt l'ovarite sclérokystique primitive prend corps, est considérée comme une lésion bien déterminée, est distinguée des ovarites infectieuses et des ovarites liées à des maladies de l'utérus.

Plus récemment, certains auteurs se basant sur la différence entre la violence des douleurs et la discrétion des lésions quelquefois remarquées (douleur qui peuvent continuer après la castration) ont envisagé l'hypothèse de troubles trophiques résultant de variation de fonctionnement du sympathique pelvien.

Jaboulay, dès 1898, plus récemment Jonesco, Leriche ont étudié les effets des résections nerveuses.

Roux décrit dans le pédicule de l'ovaire des formations nerveuses, de vrais névromes.

L'Hermitte et Dupont signalent des lésions importantes des filets nerveux dans le stroma des ovaires sclérokytiques et des névromes entourés d'une gangue scléreuse rappelant les névromes de cicatrices (1).

1. Les physiologistes modernes ont mis au point des notions nouvelles dont nous parlerons plus loin.

Historique de la thérapeutique.

La thérapeutique de cette affection a été, au début, purement médicale : le repos, les euménorrhéiques, les opiacés, la vie au grand air, les stations thermales ont amélioré et guéri un grand nombre de malades prises au début; mais une grande partie de ces malades conservaient des douleurs et des ménorragies. De plus, ce traitement long et dispendieux, n'est pas à la portée de tout le monde. Aussi, les progrès de la chirurgie font-ils évoluer le traitement vers l'intervention.

Quelques noms, quelques dates situent dans l'histoire thérapeutique des salpingo-ovarites les différentes périodes de la chirurgie radicale.

C'est en 1781, un chirurgien français, Laumonier, qui exécute avec succès la première ablation d'ovaires; la seconde ne fut faite qu'en 1809 par Ephraïm Mac Dowel, de Kentucky.

C'est Lawson Tait, en 1872, qui nous montre la possibilité, nous apprend la technique et pose l'indication de l'ablation des trompes malades, mais il ne conçoit la salpingectomie que bilatérale.

C'est Péan, en 1887, qui pratique la première hystérectomie vaginale pour lésions annexielles bilatérales préalablement diagnostiquées. Progrès considérable,

la voie vaginale étant alors bien moins grave que l'abdominale.

C'est Polk, en 1892, qui réalise la première hystérectomie abdominale totale avec ablation des annexes.

L'année suivante, Boldy pratique la première hystérectomie subtotale avec annexectomie bilatérale ; l'asepsie rend cette voie bénigne ; la clarté, la vue large qu'elle donne sur les organes abdomino-pelviens font rapidement sa vogue immense.

La technique en est précisée par Kelly, Terrien, Doyen, Richelot, Delagénière. Jean-Louis Faure, Hartmann. La perfection de l'hystérectomie abdominale en fait pour les chirurgiens l'opération de choix dans tous les cas d'ovarite sclérókystique ; ils prétendaient que ce traitement seul permettait le retour à la vie intégrale et que ce résultat valait bien quelques troubles et le sacrifice de quelques gestations problématiques.

Pour réagir contre les abus du traitement radical, de nombreux chirurgiens préconisèrent des opérations conservatrices.

Schroeder et Martin entrèrent les premiers dans cette voie et la recommandèrent ; des malades, opérées par eux, guérissent ; plusieurs même devinrent enceintes. Skutoch, Monde, Dudley, Kelly les suivirent.

En France, dès 1892, Doléris écrit : « Trop de mutilations inutiles ; pas assez de chirurgie conservatrice ». De fait, quelques essais épars avaient été faits à l'époque où Lawson Tait enlevait ses premières trom-

pes. Ces tentatives prématurées n'eurent pas de lendemain ; les conceptions de ces chirurgiens étaient en avance sur les possibilités de succès de leur exécution.

Jaboulay, dès 1895, extériorisait les annexes par cœliotomie et les traitait suivant leur mérite, souvent dans un sens conservateur. Mais l'heure des interventions conservatrices ne pouvait sonner qu'après la réalisation des progrès de l'asepsie et de la technique. On put alors comparer les résultats des méthodes économiques et radicales à pronostic égal.

Conserver ou restaurer la fonction de reproduction, conserver si l'on ne peut faire mieux, la fonction de menstruation, conserver, en désespoir de cause, la corrélation ovarienne, c'est-à-dire l'action qu'exerce l'ovaire par sa sécrétion interne, sur les autres organes de l'économie, telles sont les trois grandes indications que tend à réaliser la chirurgie gynécologique conservatrice.

Pour ce qui nous concerne, dans l'ovarite sclérokystique, le premier procédé conservateur est évidemment l'annexectomie unilatérale.

Dans le cas de lésions bilatérales Howard O'Kelly a d'abord préconisé la ponction des petits kystes à travers la paroi vaginale. N'ayant pas eu de résultats, vu l'abondance des microkystes, il a ensuite proposé de les faire éclater en écrasant l'ovaire entre les doigts.

La bénignité de la laparotomie a fait ensuite préférer des opérations moins aveugles et ce fut tout d'abord l'ignipuncture. Elle fut vulgarisée en France par Pozzi. Cette opération, fort simple, consiste à

détruire au thermocautère tous les petits kystes que l'on aperçoit à la surface de l'ovaire. Le même procédé a été modernisé avec l'électrocoagulation ; les résultats ont été similaires.

Si les lésions sclérokytiques ne sont pas seulement superficielles, deux techniques ont été proposées :

Walther introduit la fine lame d'un thermocautère au niveau d'un pôle de l'ovaire et cette lame est successivement enfoncée dans toutes les parties altérées de l'organe ; la grande cavité creusée au centre est effacée par un surjet de catgut extérieur.

De Rouville incise l'ovaire sur toute sa longueur et détruit les kystes au thermocautère.

La résection partielle fut d'abord effectuée pour des kystes de l'ovaire lorsque des adhérences empêchaient de faire l'ovariotomie complète. Ce fut Mac Dowel qui fit, en 1809, la première résection partielle après avoir fait, les semaines précédentes, sa première ablation totale. Ses deux sujets, deux négresses, ont guéri.

Les divers chirurgiens qui ont été conduits à faire des résections partielles ont donné des statistiques recueillies dans les tables de Spencer Wells. Leur mortalité moyenne est de 60 %. Péan, seul, arrive à 16,4 %.

Les progrès de l'asepsie et de la technique ont heureusement changé ces résultats et permis par cela la chirurgie conservatrice.

Pratiquée, dans les cas de dégénérescence sclérokytique, par Schroerer, vulgarisée par Martin, Pozzi, la résection cunéiforme fut longtemps considérée

comme l'opération de choix : dans les lésions limitées, on enlève la partie altérée ; si les lésions sont plus diffuses, on enlève le plus gros mais en laissant une portion d'ovaire nécessaire pour conserver sa fonction. Des opérateurs y ont ajouté la greffe épiploïque sur la tranche ovarienne.

Au Congrès de chirurgie de 1926, dans le rapport de de Rouville et Mocquot sur « les interventions conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes », nous trouvons les résultats de Walther et ceux-ci nous ont encouragé à essayer sa méthode.

Suivant le conseil de Douay qui a introduit le procédé dans le service de Jean-Louis Faure nous dénommons cette opération « la résection sub-totale des ovaires ou opération de Walther ». Cette opération est complètement différente de la résection partielle cunéiforme, mais laissons la parole à Walther :

« J'ai entendu dire, au cours de cette discussion, « qu'il fallait faire une résection économique, laisser « le plus possible de tissu ovarien. Je pense qu'il « n'est pas nécessaire, pour conserver la fonction, de « laisser beaucoup d'ovaire *et que cette résection éco-* « *nomique expose à une récidence, à la formation de* « *nouveaux kystes*. J'ai toujours fait, pour ma part, « des résections très larges et les résultats témoignent « de la conservation de la fonction. Voici la technique « que j'emploie :

« Par deux incisions horizontales pratiquées à 5 à « 6 mm. du pédicule de l'ovaire, l'une sur sa face « antérieure, l'autre sur sa face postérieure, se trouve « limitée la portion à enlever ; mais, dans la profon- « deur, elle dépasse sa limite superficielle car la

« section de l'ovaire n'est pas faite horizontalement
« entre ces deux incisions mais par une tranche
« oblique de chaque côté, de sorte qu'il ne reste
« qu'une bande inférieure de tissu ovarien et si, sur
« cette lame, se voient encore quelques petits kystes,
« ils sont grattés avec une très petite curette. Il reste
« donc seulement cette lame parfois mince de tissu
« ovarien et, dans tous les cas de résection bilatérale,
« elle a été suffisante. On a quelquefois reproché à la
« résection partielle d'exposer aux hémorragies. Je
« pense qu'avec une suture très exacte, la chose n'est
« pas à redouter et je n'ai jamais observé d'hémorra-
« gie, je n'ai jamais vu de suintement sanguin sur la
« ligne de suture à condition que cette suture soit
« faite, non pas à points séparés même à deux plans,
« un superficiel, l'autre profond, mais bien par un
« surjet à deux plans, l'un de simple affrontement,
« l'autre d'hémostase encerclant complètement l'ovaire.
« Ces deux plans peuvent être établis avec le même
« fil en faisant alternativement un point superficiel
« d'affrontement et un point profond d'encercllement
« d'hémostase ».

En même temps, les théories nerveuses ayant attiré l'attention de quelques chirurgiens, diverses autres opérations ont été proposées. Jaboulay étudie les effets des résections des fibres sympathiques ; Leriche, puis Hallopeau, Jiano, Cotte, Schmidt ont proposé la résection des gaines hypogastriques. Violet rapporte un « succès splendide » que lui a donné l'élongation du nerf hypogastrique à la base des ligaments larges et sur les côtés du rectum.

La résection des gaines hypogastriques est assez délicate, car après avoir incisé le péritoine au niveau

de l'artère, récliné l'uretère en dedans avec la lèvre interne du péritoine, soulevé l'adventice avec une pince à disséquer sans griffes, il faut réséquer totalement cette adventice. Hallopeau, considérant même cette résection comme insuffisante résèque aussi la portion de la gaine hypogastrique qui s'étend en dedans des vaisseaux : les nerfs hypogastriques, qui continuent le nerf présacré jusqu'aux ganglions hypogastriques sont difficiles à voir. La résection en masse donne un gros suintement sanguin.

Cotte a eu l'idée d'intervenir directement sur le nerf présacré (plexus hypogastrique supérieur d'Hovelacque) qui représente la racine principale du plexus hypogastrique ; c'est une opération très simple et bénigne ; la résection se fait par une petite boutonnière dans le péritoine postérieur, un peu au-dessus du promontoire : après avoir pris les points de repère, à savoir, promontoire, triangle de bifurcation de l'aorte, vaisseaux mésentériques inférieurs il faut réséquer en masse toute la lame cellulo-fibreuse par laquelle chemine le sympathique.

La résection en masse des pédicules lombo-ovariens a été essayée sans résultat. On a pratiqué ensuite son badigeonnage avec une solution d'isophénol au dixième selon la technique de Doppler.

Après les travaux de Roux, Dupont, L'Hermitte, on a essayé d'intervenir sur les nerfs de l'ovaire.

L'Hermitte et Dupont incisent le méso de l'ovaire sur sa face postérieure, à 1/2 cm. du hile, écartent l'artère ovarienne et sectionnent tous les éléments du

hile entre deux ligatures jusqu'au feuillet antérieur du ligament large.

Cette grande diversité thérapeutique démontre surtout qu'il n'existe pas de traitement sûr de l'ovarite sclérokystique, et, souvent, les chirurgiens ont pratiqué l'une ou l'autre de ces diverses techniques suivant leur idée personnelle et suivant l'état des lieux. Souvent aussi, ils ont intriqué plusieurs méthodes. Très souvent encore, ils ont ajouté quelques opérations complémentaires qui, pour certains, sont de première importance et commandent le résultat. Ce sont surtout : la libération d'adhérences, l'appendicectomie, la fixation de l'utérus en bonne position.

La méthode employée jusqu'en 1926 dans le service était l'ignipuncture. Un seul cas isolé a été traité par l'opération de Walther, en 1925, par Michon, alors chef de clinique. Nous avons rapporté ce cas, ce qui porte à trente-neuf le nombre de nos observations. Nous n'avons pas signalé les cas où l'examen anatomo-pathologique d'une pièce retirée pour salpingite, pour tuberculose, pour cancer, a montré des ovaires sclérokystiques associés, ceux-ci n'ayant aucun intérêt, leur thérapeutique opératoire, leur tableau clinique, étant recouverts et dépassés par les autres lésions, prédominantes.

La recherche de statistique nous a fait découvrir un fait que nous croyons intéressant à signaler.

Les statistiques de Walther à la Pitié donnent en vingt ans (1901-1920) trois cents opérations pour ovarites sclérokystiques, soit quinze par an.

Cotte du 1^{er} août 1932 au 1^{er} août 1933, en un an, a vu 156 malades pour salpingo-ovarite sur lesquelles 117 salpingites — il est intervenu quatre-vingt-neuf fois, et 39 cas d'ovarites sclérokystiques, où il est intervenu chaque fois, soit 39 interventions en un an pour ovarite sclérokystique, soit encore près d'une ovarite sclérokystique pour deux salpingites opérées.

A Broca, nous avons observé en six ans (1927-1932) 38 cas, soit 6,33 par an. Pendant ces six ans, nous avons opéré environ 800 salpingites et fait 4.700 interventions.

On remarque une différence énorme dans les proportions d'ovarites sclérokystiques. A quoi cela tient-il ?

Cela tient à ce que l'ovarite sclérokystique n'est pas une affection à limite précise comme un fibrome, un cancer. Son individualité ne fait de doute pour personne, mais il est difficile de trouver, dans certains cas, une limite précise des lésions histologiques qui permette de dire : ici c'est une ovarite sclérokystique, ici c'est un ovaire sain ; c'est pour cette raison, qu'un auteur qui recherche avec attention l'ovarite sclérokystique en trouve beaucoup plus qu'un autre qui ne s'en préoccupe pas.

CLINIQUE

Nous n'avons pas la prétention de décrire ici la symptomatologie détaillée de l'ovarite sclérokystique mais seulement d'en rapporter les principaux symptômes : ceux qui, par leur intensité, font de l'ovarite une affection chirurgicale, ceux qui éveillent l'attention des chirurgiens et surtout ceux qui commandent l'intervention.

La maladie sclérokystique débute généralement par ce que les classiques appelaient la congestion ovarienne et qui est caractérisée par une tuméfaction ovarienne, une douleur prémenstruelle ou plutôt une sensation de pesanteur douloureuse dans le petit bassin avec des élancements plus ou moins vifs et qui débute quelques jours avant les règles. Cette douleur et cette tuméfaction s'accroissent pendant quelques jours puis disparaissent quand arrive le flux menstruel qui est, en général, abondant et prolongé.

Fréquemment (à chaque époque, une sur deux ou même sans aucun rythme) ces congestions ovariennes se répètent ; les troubles augmentent et, si le traitement médical institué n'a produit aucun effet, nous arrivons au stade d'ovarite sclérokystique confirmée.

La crise douloureuse est alors plus longue, plus

tenace ; elle se renouvelle chaque mois avec quelque variation dans l'intensité des douleurs. Quand elle n'est pas trop forte, elle se manifeste par des tiraillements de la région lombaire, par des sensations de pesanteur dans le bas-ventre, par des élancements dans la partie inférieure des fosses iliaques. Quand les douleurs sont très violentes, elles sont d'abord localisées à la région ovarienne, la femme en note très nettement le point de départ, puis elles se généralisent à tout l'abdomen qui supporte difficilement la moindre pression. Le ventre est météorisé, faisant presque songer à une réaction péritonéale ; il se produit parfois des phénomènes de péritonisme avec nausées, envies d'uriner, contractions spasmodiques de l'intestin. La malade, d'ailleurs, ne réagit pas comme dans les affections péritonéales ; elle cherche une position pour atténuer ses souffrances ; au lieu de s'immobiliser, elle se déplace en tous sens ; souvent cette agitation est la traduction d'un éréthisme nerveux qui détermine des accès de palpitations, d'oppression.

L'irritabilité du caractère, extrême au moment des crises, continue en dehors d'elles, ajoutant souvent un élément névropathique spécial.

L'examen gynécologique ne révèle que peu de choses : un utérus normal, quelquefois rétrodévié, une sensibilité vive dans l'un ou dans les deux culs-de-sac latéraux, un gros ovaire bosselé très sensible, douloureux, même au simple frôlement et qui, dans les cas purs, ne présente aucune adhérence, se laisse mobi-

liser si on opère avec beaucoup de douceur. Cette tumeur diminue de volume, est moins douloureuse après les règles, mais elle persiste toujours, contrairement à celle de l'ovaire congestif simple, qui, lui, reprend son volume normal avec la disparition des corps jaunes.

L'écoulement sanguin est de durée variable, fréquemment abondant ; il peut, dans certains cas, se prolonger au point de devenir une indication opératoire (obs. XXXVII), quelquefois il est peu abondant, faible ; fréquemment dans ces cas, l'ovaire est surtout scléreux.

Il est classique de dire que l'ovarite sclérokystique est plus fréquente à gauche. Nos observations nous montrent une proportion plus forte à droite. Nous avons opéré 22 ovaires gauches, 32 droits.

On est frappé souvent, en examinant ces malades, par une pigmentation des téguments, un développement très marqué du système pileux. D'après Dalché et Fouquet, cette pigmentation serait plus marquée dans les périodes prémenstruelles et menstruelles et ils se demandent si on ne doit pas la rattacher à une insuffisance de la sécrétion ovarienne. Nous en reparlerons à propos de l'étiologie.

On a dit aussi que ces femmes étaient presque toujours stériles ; elles le sont, il est vrai, fréquemment, mais il ne faut pas exagérer et nombreuses sont les femmes qui, atteintes d'ovarites sclérokystiques, ont eu des enfants. Sur nos trente-neuf observations, il y en avait 20, soit environ 50 %.

Il est classique de dire que la grossesse a une action favorable sur l'évolution de l'ovarite sclérokystique : quelques-unes de nos observations sont conformes à cette opinion. Nous avons vu plus fréquemment une reprise et même une aggravation dans les mois qui suivent l'accouchement, ce qui décide souvent la femme à consulter.

Le diagnostic de l'ovarite sclérokystique est en général facile mais il peut donner lieu à une erreur qu'il faut connaître pour l'éviter : c'est la grossesse tubaire. La masse latéro-utérine douloureuse survenue en quelques jours sans fièvre ni signes d'infection générale, s'accompagnant de pertes de sang, peut laisser croire à une grossesse tubaire d'un mois sur le point de se rompre, mais souvent, dans ce cas, il y a un léger retard des règles ; il faut savoir réprimer son ardeur chirurgicale et, en quelques jours, l'amélioration s'est produite, les douleurs ont disparu, la tuméfaction a fondu.

Le diagnostic de l'ovarite sclérokystique est parfois rendu difficile par l'exagération du terrain névropathique sur lequel elle évolue souvent. Certaines malades amplifient manifestement les réactions douloureuses qu'elles ressentent. Cet état névropathique peut faire craindre au chirurgien les conséquences d'une opération. Nous pensons qu'il ne faut pas en ces cas refuser aux malades le bénéfice qu'elles peuvent retirer de l'opération ; quelques-unes de nos observations montrent en effet le rôle salulaire de la chirurgie dans ces cas.

DIAGNOSTIC OPÉRATOIRE

Après la laparotomie, après avoir libéré quelques adhérences s'il en est besoin, il faut examiner l'ovaire. L'ovaire sclérokystique est un ovaire hypertrophié. L'augmentation de volume porte également sur tous les diamètres de l'organe ; quelquefois, un seul diamètre subit l'allongement principal ; dans ce cas, c'est généralement le diamètre transversal qui va s'allonger. Dans une de nos observations (XVII) l'ovaire mesurait 6 à 7 cm. de longueur. Quelquefois, ces ovaires sont allongés et aplatis en galets, cette augmentation de volume de l'organe est difficile à apprécier, vu les dimensions variables de l'ovaire sain.

La surface de ces ovaires est, en certains points, sillonnée de dépressions en forme de fentes irrégulières et séparées par des bandes de tissu ovarien blanchâtre, d'aspect cicatriciel. Cette disposition rappellerait l'aspect des petites circonvolutions cérébrales d'où le nom qui leur a été donné d'ovaires cérébriformes.

Le caractère principal est donné par la présence de nombreux kystes. La surface de ces ovaires est soulevée par des vésicules à parois assez minces ; elles sont plus ou moins nombreuses et de petit volume ; quelquefois, l'une d'elles est assez grosse. Ces vésicu-

les donnent à l'ovaire un aspect bosselé. D'autres non visibles sont perceptibles à la palpation.

L'intervention peut aussi faire apparaître un ovaire gros présentant des bosselures de couleur rougeâtre, n'ayant qu'un petit nombre de kystes visibles, il est mou à la palpation, c'est l'ovaire congestif des classiques, premier stade de l'ovaire sclérokystique. En réalité chacune de ces bosselures est formée d'un corps jaune, visible à la coupe de l'ovaire.

HISTOLOGIE

L'histologie, en cas d'ovarite sclérokystique, peut donner des résultats légèrement différents, suivant l'âge des lésions. La différenciation même des kystes sera quelquefois histologiquement difficile, mais les notions récentes sur la physiologie de l'ovaire ont aidé beaucoup les recherches anatomo-pathologiques, ont permis de pousser plus loin les examens et ont changé les classifications.

L'évolution naturelle de l'ovocyte se fait vers la ponte ovulaire, le corps jaune, puis sa cicatrisation. L'atrésie folliculaire qui existe presque toujours est une évolution que l'on ne peut considérer comme pathologique. Dans les états de dysovarie, il peut y avoir évolution soit, vers l'hypertrophie, l'absence de déhiscence de l'œuf, la formation kystique : c'est l'ovarite kystique ; soit vers l'hyperproduction : c'est l'ovarite polymicrokystique ; soit dans le corps jaune vers le kyste lutéinique ; les travées de sclérose n'envahissent l'ovaire que petit à petit.

Le premier stade, la « congestion ovarienne » des classiques, correspond à un ovaire non sclérosé, augmenté de volume non par la congestion mais par la présence d'un ou plusieurs corps jaunes particulière-

ment volumineux ; l'abondance de l'écoulement sanguin est le résultat de la quantité de lutéine ; la tuméfaction disparaît avec les règles, avec la régression du corps jaune.

Dans l'ovarite sclérokystique, la coupe donne déjà l'impression de sclérose ; l'appareil ovulaire présente de grosses perturbations ; un nombre variable, souvent considérable, de follicules de de Graaf sont le siège d'une évolution anormale : les uns, réduits de volume, atrésiés, même quelquefois atrophiés, semblent perdus au sein d'un stroma ovarien trop serré, trop dense, les autres, de beaucoup les plus nombreux, montrent une maturation exubérante, une non-déhiscence de l'œuf, une évolution kystique ; la poche s'amplifie, se remplit d'un liquide clair, quelquefois hémorragique. A côté de ceux-ci se trouvent des kystes lutéiniques avec leur bordure festonnée, épaisse, plus ou moins rapidement hyaline.

Puis, les lésions vieillissant, on ne distingue plus que des kystes folliculaires, lutéiniques, de vieilles cicatrices de corps jaunes enserrés dans des travées, dans des champs de sclérose.

Au point de vue schématique, l'ovaire sclérokystique est donc formé de kystes folliculaires, de kystes lutéiniques, d'atrésie folliculaire, de sclérose péri-kystique.

Les kystes se distinguent très facilement par leurs propriétés hormonales et leur classement se fait par la réaction physiologique de leurs sécrétions. Moulonguet en injecte 3 ou 5 cmc. à une rate castrée avant tout

développement pubéral et prélève l'appareil génital en entier pour l'examen. La positivité de la réaction prouve leur contenu folliculaire.

Pour les autres kystes, nous n'avons pas encore de réaction nette basée sur les propriétés de la lutéine.

Roux a décrit de petits névromes sympathiques ; L'Hermitte, Dupont signalent une névrite diffuse et des névromes entourés d'une gangue scléreuse rappelant les névromes de cicatrices.

L'abondance des kystes provoque la tuméfaction ovarienne ; les propriétés hormonales de leur contenu expliquent les différentes réactions menstruelles et la plus grande fréquence des ménorragies.

Les ovaires contenant des follicules atrésiés coïncideraient avec des règles peu abondantes.

Pour certains, la sclérose provoquant l'étranglement des fibres nerveuses des petits névromes sympathiques seraient la cause des douleurs, pour d'autres elles résulteraient de la difficulté d'ovulation, gênée par la sclérose.

L'ovarite infectieuse présente quelquefois un aspect peu différent ; cependant, elle s'accompagne, soit de petits abcès ovariens, soit de lésions inflammatoires de l'ovaire et des organes voisins.

Les réactions humorales de ces kystes seraient négatives.

ETIOLOGIE

Les causes de l'ovarite sclérokystique et sa pathogénie ont toujours été assez obscures. Les données nouvelles de la physiologie arriveront peut-être à les éclairer. On a invoqué tour à tour des causes locales et des causes générales.

Dudley, en 1888, invoque l'importance du varicocèle pelvien ; l'année suivante, Lucas-Championnière rattache l'ovarite aux traumatismes et aux perturbations menstruelles ; Siredey insiste sur l'origine congestive ; Dupont, dans sa thèse, en 1909, considérant l'association fréquente d'ovarite et de rétroversion faisait de celle-ci la cause de l'ovarite sclérokystique. On a incriminé la syphilis et la tuberculose, mais rien n'est venu étayer cette hypothèse. Mlle Guigné, dans sa thèse en 1922, fait remarquer qu'elle est plus fréquente dans les villes que dans les campagnes, qu'elle n'existe pas chez les animaux sauvages en liberté et devient fréquente lorsqu'ils sont en captivité ; elle fait du manque d'exercice, de la vie peu saine de la ville, une cause générale prédisposant à l'ovarite sclérokystique.

La congestion veineuse, les troubles de la vascularisation ont leurs ardents défenseurs.

Récemment, on a cherché le rôle du sympathique, dans la production des ovarites trophiques. Le bon fonctionnement de l'ovaire dépendrait de l'équilibre vago-sympathique; l'excitation vagale amènerait un dérèglement dans la production des kystes folliculaires? les altérations nerveuses trouvées par Roux, par L'Hermitte et Dupont seraient une épine irritative?

Les données physiologiques récentes peuvent faire admettre l'ovarite sclérokystique comme une dysovarie avec hyperovarie et l'on pourrait considérer l'ovarite scléro-kystique comme une conséquence d'un trouble hormonal d'origine hypophysaire; l'hypersécrétion de l'hormone antéhypophysaire provoquerait, dans le premier temps, la maturation simultanée d'un grand nombre de follicules; la conséquence directe est la formation d'un grand nombre de corps jaunes; leur structure histologique est normale, leur fonction aussi; nous sommes à l'état de « congestion ovarienne » des classiques, premier terme de l'ovarite sclérokystique. Par suite de la continuation de cet hyperpituitarisme « l'ovaire présente des follicules à des degrés divers de développement, des corps jaunes et des kystes folliculaires; follicules et corps jaunes possèdent leur structure histologique habituelle; les kystes sont nombreux et de dimensions variables ». Mais ces aspects de l'ovaire sclérokystique sont les mêmes que ceux que l'on relève en faisant un traitement antéhypophysaire chez des rates ou des souris.

Les termes entre guillemets sont pris mot pour mot

dans le livre de Brouha *Le lobe antérieur de l'hypophyse* où il signale aussi la fréquence des follicules hémorragiques, des atrésies folliculaires ; celles-ci se trouvant surtout avec certaines préparations antéhypophysaires, celles dites du deuxième groupe.

L'hyperpigmentation que nous avons signalée au chapitre « Clinique » se trouverait aussi expliquée par cette théorie : les animaux hypophysectomisés n'ont pas de pigmentation, ils sont albinos ; le traitement hypophysaire les pigmente, les noircit même ; l'hyperpituitarisme produirait donc une hyperpigmentation ?

De nombreuses expériences seraient encore à faire à ce sujet pour étayer cette hypothèse.

Le traitement ne serait pas changé car nous sommes malheureusement peu documentés sur les modérateurs de la sécrétion antéhypophysaire. Leur action positive serait une vérification et peut-être un traitement médical effectif de l'ovarite sclérokyستique à son début, et un traitement post-opératoire.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

Les différents traitements de l'ovarite sclérokystique ont été exposés dans l'historique de cet essai ; nous ne reviendrons pas sur leur description, nous contentant de décrire la technique de la résection subtotale, copiée sur la technique de Walther telle qu'elle se pratique à la clinique gynécologique de l'Hôpital Broca dans le Service du Professeur Jean-Louis Faure.

Nous faisons soit une laparotomie médiane sous-ombilicale, soit une incision de Pfannenstiël, soit dans quelques rares cas où, cliniquement, l'ovaire droit est seul en cause et où le gauche paraît à tous points de vue normal, une incision latérale basse de Mac Burney ou de Jalaguier. Nous reviendrons, après avoir exposé la technique générale, à la petite variante qu'oblige l'incision latérale.

La laparotomie, la pose des valves faite, la libération d'adhérences s'il y a lieu, on examine les deux ovaires, on les palpe, on recherche les lésions macroscopiques.

Après avoir protégé selon l'habitude le Douglas, on prend le ligament utéro-ovarien. Il ne faut, en effet, jamais saisir l'ovaire ni les trompes avec une pince traumatisante. Le ligament utéro-ovarien, très solide,

avasculaire, permet de faire des tractions sans danger et même, en cas d'incision latérale, d'amener l'ovaire dans le champ opératoire.

Nous mettons alors un fil aux deux extrémités, de chaque côté de l'ovaire, pour assurer l'hémostase transitoire pendant l'opération.

On procède alors à la résection subtotala selon la technique de Walther. On résèque à environ 5 mm. du méso et même souvent plus près, laissant alors une bande infime de tissu ovarien car les deux incisions transversales ne sont pas faites dans un plan horizontal mais, en tenant le bistouri, le manche un peu relevé, la section est faite un peu obliquement vers le méso ; lorsque les deux incisions sont faites, l'ovaire est réséqué presque totalement ; en effet, ses deux plans de section se rejoignent au milieu du lit de l'ovaire beaucoup plus profondément que le tracé superficiel de l'incision formant ainsi un angle dièdre dont l'arête correspond au grand axe de l'ovaire ; la région de l'ovaire qui se trouve près du méso est presque toujours dénuée de kystes ; si l'on aperçoit une petite lésion, elle est grattée avec une fine curette.

Il faut maintenant faire une bonne hémostase, c'est capital.

Contrairement à la résection cunéiforme où le surjet fait en plein tissu ovarien est difficile (le catgut coupant le tissu ovarien friable et hémorragique), la résection subtotala fait porter le surjet près du méso dans un tissu solide, ne se coupant pas.

Walther fait un surjet d'affrontement, puis un

deuxième surjet encerclant l'ovaire et assurant l'hémostase. Il propose ensuite de faire les deux surjets avec le même fil passé une fois pour l'affrontement, une deuxième fois encerclant pour l'hémostase.

Plus simplement, nous faisons un seul surjet à points passés, prenant l'ovaire au ras du méso, traversant la première section, apparaissant au fond de l'angle traversant la deuxième section et sortant à la hauteur où il avait pénétré à l'entrée ; ce surjet est passé au-dessus des deux tranches et, serré, il ferme le dièdre, accole ainsi les deux sections et assure l'hémostase. On évitera de passer à travers le méso qui est très vasculaire.

On relâche alors les fils passés de chaque côté de l'ovaire pour s'assurer que la tranche ne saigne pas ; si un point saigne légèrement, ce qui est exceptionnel, on fait un point séparé horizontal en dessous de l'endroit incriminé.

Nous mettons quelquefois un drain de sécurité dans le Douglas. On le laissera quarante-huit heures.

En cas d'incision latérale, nous faisons celle-ci un peu basse puis, la malade étant en position demi-déclive, un écarteur est placé dans la partie inférieure de l'incision iliaque ; on voit alors les organes du petit bassin, le fond de l'utérus, la corne utérine ; en arrière de celle-ci, on place une pince mousse (pince à plateaux) qui saisit le ligament utéro-ovarien sans léser ni la trompe ni l'arcade vasculaire utéro-ovarienne. La traction est sans danger sur ce ligament résistant et permet d'attirer l'ovaire dans la fosse iliaque. A ce moment on pratique la résection subtotale de l'ovaire

suivant la technique précédente ; après avoir sectionné les fils d'attente pour s'assurer de l'hémostase on relâche l'ovaire. On terminera l'intervention selon les procédés habituels.

Cotte signale qu'il ne faut jamais faire dans la chirurgie conservatrice l'exclusion du petit bassin par la suture de l'S iliaque à la vessie, et qu'il vaut mieux faire des péritonisations basses en s'efforçant de laisser les annexes conservées au-dessus du champ d'exclusion et ce, pour éviter le plus possible la formation d'adhérences qui est peut-être la plus grosse cause d'échec des traitements conservateurs.

Après la résection subtotalé, le petit surjet hémostatique suffit, mais si l'on fait, comme nous le verrons plus loin, des opérations un peu plus complexes, quoique ne faisant évidemment pas de gros délabrements, il faudra faire une péritonisation minutieuse, fine, à la petite aiguille, au fin catgut, pour laisser une cavité pelvienne, propre, nette, et par ce, éviter dans la mesure du possible la formation d'adhérences.

SUITES OPÉRATOIRES

Les suites opératoires de l'opération de Walther sont en général très simples ; nous n'avons jamais observé de décès ; nous n'avons jamais observé de suites dramatiques ; nous n'avons même jamais observé de complications importantes. La température dépasse rarement 38° le lendemain de l'opération, quelquefois 38°5, mais en quelques jours, elle retourne à la normale ; le poulx reste calme.

Le deuxième jour environ après l'opération, presque toutes nos malades ont eu quelques petites pertes de sang : est-ce un léger suintement sanguin le long du surjet hémostatique ramené par les trompes ? On connaît l'expérience suivante : une solution aseptique de noir de fumée est injectée à travers le cul-de-sac du Douglas ; quelques jours après, ce noir est rejeté par le col utérin.

Nous croyons plutôt qu'il s'agit de petites règles provoquées par l'ablation des corps jaunes. Watrin a fait de petites résections d'ovaires et n'a jamais observé de pertes de sang ; il a réséqué des corps jaunes et chaque fois il a obtenu dans les deux ou trois jours des règles légères durant deux à trois jours.

Dans nos observations, elles ont été peu douloureuses.

Une fois, nous avons eu, par un point de suture de la paroi un écoulement jaune d'or (obs. XVI) qui a duré deux jours, sans élévation de température et a disparu par simple lavage à l'éther. La malade est sortie vingt-deux jours après l'opération. La cicatrisation a été normale.

Deux fois (obs. III) où l'on a fait l'opération de Walther bilatérale avec ligamentopexie et (obs. XXXIV) où l'on a fait l'opération de Walther à droite seulement, après incision de Jalaguier nous avons observé : après des suites normales, pendant six jours et dix jours, une montée de la température ; le toucher nous a fait découvrir un empâtement douloureux du Douglas et nous a commandé une *colpotomie* ; les deux fois, la température est retombée à 37° immédiatement, il s'agissait dans les deux cas d'hématomes suppurés du Douglas.

Ce sont les seuls incidents que nous avons vus en six ans ; ils furent tous bénins ; jamais nous n'avons vu de suites opératoires qui ont pu provoquer la moindre inquiétude.

DISCUSSION

Si l'on excepte les quelques méthodes d'écrasement, de ponction de kystes, de traitement des annexes par voie vaginale, aujourd'hui d'intérêt purement historique, il reste encore nombre d'interventions qui se disputent la faveur des chirurgiens.

Le traitement classique de l'ovarite sclérokystique c'est l'ablation de l'ovaire malade : si les lésions sont unilatérales c'est l'ablation d'une annexe ; mais quand elles sont bilatérales, c'est l'hystérectomie, c'est la castration complète. Si cette opération supprime presque toujours les douleurs pelviennes, c'est au prix d'une rupture de l'équilibre féminin, d'une série de troubles rarement graves, mais longs, déprimants et qui peuvent assombrir chez ces femmes généralement jeunes, la période la plus active de leur existence, c'est souvent l'adiposité, c'est toujours la certitude de la stérilité considérée en général par leurs proches comme une déchéance.

Pour supprimer ou diminuer tout au moins une partie de ces troubles, les rares fois où les lésions de l'ovaire et surtout les lésions associées nous ont conduit à l'hystérectomie, nous pratiquons au moins les greffes ovariennes selon la technique de Douay qui a

l'avantage de pouvoir permettre facilement la ponction des petits kystes, car en cas de récidives douloureuses sur la greffe, cette ponction arrête presque toujours les douleurs ; l'ablation de la greffe serait facile et toujours bénigne si elle devait être faite ; de plus, ces greffes reprennent généralement très bien. Certains considérant alors les troubles laissés après castration, suivie de greffes comme peu graves par rapport à ceux de l'ovarite sclérokystique la préconisent comme l'opération de choix. Nous la réserverons à certains cas.

Chaque fois qu'il sera possible, nous conserverons par une hystérectomie fundique ou supra-isthmique une portion de muqueuse utérine qui, associée à un ovaire laissé en place, même en grande partie réséqué, ou même, plutôt, à une greffe, permettra de conserver au moins de très légères règles et ainsi d'éviter les accidents pénibles de la castration totale.

Ce sont les possibilités de guérison clinique, de suppression des troubles de la ménopause chirurgicale, de gestations ultérieures qui orientèrent la chirurgie moderne dans la voie conservatrice. Pour de nombreux auteurs, les interventions conservatrices ne peuvent guérir l'ovarite sclérokystique. Car, disent Forgues et Massabuau, si elles détruisent ou enlèvent les kystes les plus gros et les plus apparents, elles ne s'adressent pas à la cause de la maladie, elles n'enrayent pas le processus. Nous sommes de l'avis de Cotte persuadé, dit-il, « que cet état de l'ovaire est souvent transitoire et qu'il peut très bien disparaître

après une intervention conservatrice ». En effet, en cas d'ovarite sclérokystique la conservation a donné de bons résultats et, actuellement, de nombreux chirurgiens en sont partisans.

La première de ces opérations fut l'ignipuncture ; dans les cas de petits kystes superficiels, elle peut donner des résultats, mais l'intervention nous montre rarement des lésions si légères et, dans ces cas, les résultats ne sont pas ceux que l'on pouvait attendre ; la moyenne des statistiques donne 50 % de récides. Les auteurs accusent soit les kystes non cautérisés qui aident à la reproduction de la maladie, soit la large sclérose consécutive à la cautérisation. De plus, les hémorragies par chute d'escarres sont fréquentes dans les suites opératoires.

La technique de Walther, grosse destruction par un pôle de l'ovaire ou celle de Rouville, qui fend l'ovaire sur toute sa longueur pour brûler les kystes centraux, n'ont guère donné de meilleurs résultats. Les hémorragies sont rares dans ces cas, l'hémostase pouvant être assurée par un surjet enroulant l'ovaire, mais les grosses destructions dues au thermocautère donnent une sclérose énorme de l'ovaire. Nous n'avons pratiqué que trois ignipunctures depuis 1927 ; nous ne pouvons donc parler de nos résultats.

L'électrocoagulation, plus moderne, détruirait davantage le kyste en profondeur ; la chute d'escarres serait aussi abondante, la sclérose aussi envahissante ; les récides existeraient dans la même proportion.

La résection ovarienne a donné des résultats diffé-

rents suivant les auteurs. Ils dépendent de la technique employée : résection cunéiforme, résection à la Walther.

Pollak a effectué 229 opérations conservatrices sur l'ovaire ; soixante fois, ce fut une simple libération d'adhérences, cent deux fois l'ablation d'un ovaire et soixante-sept fois la résection cunéiforme ; 24 malades ont été réopérées, 3 pour l'ablation de l'ovaire laissé, 21 sur 67 pour l'ablation de l'ovaire préalablement opéré.

De Rouville a pratiqué quinze fois l'ablation des annexes d'un côté, associée à la résection cunéiforme de l'autre, 5 malades ont dû être réopérées.

Convert rappelle les statistiques de Bourcier, de Hydn, d'Huniston ; les résultats sont comparables aux précédents.

Les greffes épiploïques sur la tranche de l'ovaire employées par certains ont peu changé les résultats.

Walther donne les statistiques suivantes : sur 300 malades opérées, 160 ont été revues ; 112 guérisons complètes, 38 conservent de la douleur à l'exploration seule, 10 ont dû être réopérées, en majorité pour salpingite ; il y a 26 % de gestations ultérieures.

A Broca, nous avons fait 33 opérations de Walther ; 26 ont été revues. 14 guérisons complètes, 5 sont guéries, mais conservent un peu de douleur à l'exploration, 7 ont récidivé ; nous verrons plus loin pourquoi et comment les éviter pour la suite.

Trois ont été réopérées, 1 pour salpingite (obs. X),

2 autres pour récédive et salpingite (obs. XIV, XXI); nous discuterons ces résultats plus loin.

Les opérations sur le sympathique n'ont pas donné les résultats que l'on espérait. Leriche a pratiqué plusieurs fois la sympathectomie hypogastrique avec de beaux résultats. N'en ayant fait dans aucun cas rapporté, nous ne pouvons en juger personnellement.

La résection du nerf présacré proposée comme traitement de l'ovarite sclérokystique aurait donné d'assez bons résultats; nous l'utilisons dans tous les cas de névralgie pelvienne associée, dysménorrhée, hyperesthésie endo-utérine (obs. VII, X, XI, XIX, XXI, XVIII); elle nous a donné de bons résultats. En cas d'ovarite sclérokystique pure, elle ne semble pas indiquée; en effet, le plexus hypogastrique supérieur innerve essentiellement, en ce qui concerne l'appareil utéro-annexiel, l'utérus et les trompes; ses branches terminales ne vont pas jusqu'à l'ovaire et ne semblent même pas contracter d'anastomose avec les nerfs de ce dernier venu avec le pédicule utéro-ovarien; la section du nerf présacré laisse donc intacte la sensibilité ovarienne. Les anastomoses avec les rameaux issus du deuxième et du troisième nerfs sacrés qui contribuent à former le plexus hypogastrique inférieur et échappent à la section qui est faite au niveau du promontoire seraient la cause des rares échecs de cette intervention en cas de douleurs utéro-tubaire.

Cette intervention supprime la plus grande partie de la sensibilité utéro-tubaire; elle donne de bons résultats et est indiquée dans les affections doulou-

reuses utéro-tubaires comme complémentaire des opérations conservatrices.

Les opérations sur les nerfs de l'ovaire tentées après les recherches de Roux, L'Hermitte et Dupont consistent en une véritable énérvation de l'ovaire. Nous ne l'avons pratiqué que deux fois : une fois (obs. X) elle a été exécutée à gauche, l'opération de Walther étant faite à droite et la résection du nerf présacré ajoutée pour hyperesthésie endo-utérine, cul-de-sac postérieur douloureux. La malade atteinte de douleurs abdominales presque permanentes et de violentes crises prémenstruelles a été améliorée mais l'ovaire gauche énérvé était toujours sensible ; elle a été réopérée pour salpingite. L'autre fois (obs. XXI) on a pratiqué à gauche l'opération de Walther et, à droite, on a associé la résection subtotale à l'opération de Dupont ; la résection du nerf présacré a été faite à cause de la continuité des douleurs et de la dysménorrhée ; une myomectomie a été pratiquée en plus ; la malade qui souffrait énormément a été améliorée pendant un an et demi puis les douleurs ont récidivé, elle a été réopérée pour récidive et salpingite en 1932. On peut en tous cas associer l'opération de Dupont à la résection subtotale. Dupont donne personnellement de bons résultats. Cotte qui l'a pratiquée assez souvent trouve ces résultats très inconstants. L'hémostase serait quelquefois assez difficile, les vaisseaux nombreux dans cette région n'étant pas toujours si nettement séparés des nerfs qu'on le dit. De plus, les ligatures sur les éléments du hile, donc sur

les nerfs, ne seraient-elles pas une cause de l'inconstance des résultats ?

Nous ne croyons pas que les troubles menstruels soient influencés.

Nous n'avons pas pratiqué l'isophénolisation des pédicules lombo-ovariens selon la technique de Doppler ; nous n'avons donc pas d'opinion à ce sujet. Cotte réserve cette intervention à l'aplasie utéro-annexielle, car elle provoque une vaso-dilatation au niveau de l'ovaire, et aux cas de plexalgie lombo-ovarienne. Mais, si certains auteurs disent avoir eu de bons résultats, ses essais ont été moins concluants et, le plus souvent, les résultats ont été éphémères.

La section des rami-communicantes par lesquelles passent les filets nerveux qui vont à l'ovaire, mériterait d'être essayée ; les résultats seraient-ils plus favorables ?

Comme on le verra dans nos tableaux récapitulatifs, nous avons le plus souvent complété nos opérations par d'autres interventions surajoutées et nous sommes persuadé que, pour s'assurer toutes les chances de succès, il faut ajouter aux opérations ovariennes, suivant les faits cliniques et suivant les lésions, la résection du nerf présacré, la fixation de l'utérus en bonne position, l'appendicectomie, l'ablation ou l'énucléation de kystes, l'amputation ou la cautérisation du col, la colpopérinéorrhaphie et toute autre opération combinée ou adjointe qui sera commandée par l'état pelvien. Nous ajoutons même, si les lésions nous ont obligé à des interventions stérili-

santes et si la malade désire conserver une chance de maternité, les transplantations d'ovaire, du type opération de Tuffier. La libération d'adhérences sera effectuée évidemment chaque fois qu'il s'en trouvera.

L'opération de Walther est, on le voit, celle qui a donné encore les meilleurs résultats, dépassant de loin l'ignipuncture, plus sûre et plus complète que la résection cunéiforme, donnant des résultats jusqu'ici plus constants et plus durables que la chirurgie du sympathique. Elle servira donc de base à notre traitement de l'ovarite sclérokystique et c'est elle que nous avons effectuée dans presque tous les cas.

RÉSULTATS

Après avoir analysé les trente-neuf observations que nous avons recueillies à la clinique gynécologique, il nous a paru intéressant de signaler certains faits.

D'abord la stérilité qui est signalée comme étant très fréquente chez les femmes atteintes d'ovarite sclérokystique ne nous a pas paru très nette et 50 % de ces femmes ont eu un ou plusieurs enfants.

Assez fréquemment, ces accouchements ont marqué une étape dans le cours de l'ovarite ; il y a quelquefois rétrocession des troubles ; il y a plus souvent augmentation des signes cliniques et, en particulier, de la douleur ; elle serait peut-être due à une infection très atténuée et passagère mais suffisante pour accélérer le processus de sclérose.

Les lésions sclérokystiques nous ont paru plus fréquemment unilatérales que bilatérales ; elles seraient, dans nos statistiques, plus fréquentes à droite qu'à gauche.

La rétroversion utérine ne nous a conduit à faire que sept ligamentopexies, soit moins de 20 %. Sa fréquence assez grande n'est pas cependant telle qu'on puisse en faire la cause de l'ovarite sclérokystique.

Quant à la régénération de l'ovaire, celle-ci nous apparaît comme de règle. Toutes nos opérées ont eu leurs règles régulièrement même (obs. 38, 39), dans les cas où elles étaient rares (plusieurs aménorrhées) et irrégulières, elles sont revenues et se sont régularisées.

Il est exceptionnel qu'elles aient quelques bouffées de chaleur après l'opération ; ces bouffées se sont espacées et ont disparu en quelques mois.

Au toucher, chez toutes les femmes que nous avons revues, on sent en général très nettement l'ovaire ou les ovaires qui ont subi la résection subtotale et, en quelques mois, ils ont repris leur volume normal. Dans l'observation XXI qui a été opérée à Tarnier les deux ovaires avaient repris leur volume normal.

Dans un seul cas (obs. X) l'ovaire est resté petit ; il est adhérent, collé au rectum.

L'ovaire se régénère donc bien et il est généralement sain, car dans 86 % des cas, nos malades n'ont plus de douleurs spontanées ou ont à peine quelque douleur à l'examen appuyé ; elles se portent beaucoup mieux depuis l'opération.

Quelques petits tableaux vont nous permettre de résumer les opérations qui ont été faites et nous pourrions mieux suivre les résultats opératoires, les incidents et les récidives.

Nous avons donc effectué :

- 33 opérations de Walther,
- 1 résection cunéiforme,
- 1 hystérectomie subtotale avec greffe,

- 1 hystérectomie fundique avec greffe,
- 3 ignipunctures,
- 2 opérations de Dupont,
- 6 ablations unilatérales d'annexes.

pour ovarites sclérokystiques.

Ces opérations ont été faites :

seules,
combinées entre elles,
ou combinées avec :

- 6 résections du nerf présacré,
- 7 ligamentopexies,
- 31 appendicectomies,
- 2 opérations de Tuffier,
- 3 greffes ovariennes.
- 3 ablations unilatérales d'annexes pour gros kystes de l'ovaire,
- 1 énucléation d'un kyste du parovaire,
- 1 myomectomie,
- 1 colpopérinéoraphie,
- 1 amputation du col.

Ces opérations sont groupées avec leurs résultats dans les tableaux suivants :

Numéros	Opér. de Walther	Interventions adjoindtes	
I	Gauche	Ignipuncture à droite	
II	Gauche	—	Appendicectomie
III	Bilatérale	—	Appendicectomie
IV	Droite	—	Appendicectomie
V	Bilatérale	—	Appendicectomie
VI	Droite	Ablation à gauche	Appendicectomie
VII	Gauche	Ablation à droite	Appendicectomie
VIII	Droite	Ablation à gauche	Appendicectomie
X	Droite	Enervation de l'ovaire à gauche (Dupont)	
XI	Droite	—	Appendicectomie
XII	Droite	—	Appendicectomie
XIII	Droite	—	Appendicectomie
XIV	Gauche	—	Appendicectomie
XV	Droite	—	Appendicectomie
XVI	Droite	—	Appendicectomie
XVII	Droite	—	Appendicectomie
XIX	Droite	—	Appendicectomie
XX	Droite	—	Appendicectomie
XXI	Bilatérale	Enervation de l'ovaire à droite (Dupont)	
XXII	Droite	—	Appendicectomie
XXIV	Gauche	—	
XXV	Droite	Ablation à gauche (gros kyste)	
XXVI	Droite	—	Appendicectomie
XXVII	Droite	—	Appendicectomie
XXVIII	Gauche	—	Appendicectomie
XXIX	Gauche	—	Appendicectomie
XXX	Bilatérale	—	Appendicectomie
XXXIII	Droite	—	Appendicectomie
XXXIV	Droite	—	Appendicectomie
XXXV	Droite	Ablation à gauche	
XXXVI	Droite	—	Appendicectomie
XXXVIII	Gauche	Ablation à droite (kyste)	
XXXIX	Gauche	— (kyste)	Appendicectomie

DE WALTHER

	Suites	Résultats
Ligamentopexie		Bon à gauche. Légère douleur à droite
Ligamentopexie		Bon
Ligamentopexie	Colpotomie. Métrite	Bon
	Métrite	Bon à droite. Légère douleur à gauche
Réimplantation tubaire pour stérilité.		Bon
Transplantation (Tuffier) à droite		Bon
Réséction du nerf présacré		Mauvais
Hystérectomie fundique)		Bon
Réséction du nerf présacré	Salpingite	Bon à droite, légère douleur à g., puis hystér. p. salping.
Réséction du nerf présacré		Non revue
—		Bon
—		Bon
—		Récidive douL. surtout à dr. Hystér.
—		Non revue
—		Non revue
—		Bon
—		Bon à droite, légère douleur à gauche
—		Assez bon
Rés. du nerf prés.	Myomectomie	Peu amélior. Hystér.
	Métrite. Salpingite	Bon
	Ligamentopexie	Bon
Enucléation d'un kyste du parovaire à droite	Métrite. Salpingite	Assez bon
—		Bon
—		Bon
Réséction du nerf présacré		Bon
		Non revue
Amputation du col (Sturmdorf)		Non revue
	Quelques bouffées de chaleur	Assez bon
	Colpotomie	Bon
		Non revue
	Ligamentopexie	Non revue
		Passable
Auto-greffes		Assez bon

Numéros	Opération de Walther	Interventions adjointes	Résultats
IX	Ablation à gauche. Ignipuncture à droite	Appendicectomie	Non revue
XXXII	Ablation à droite		Récidive à gauche. Hystérectomie totale
XXXVII	Ablation à gauche On a fait des ablations aux VI, VII, XXXV et l'opération de Walther de l'autre côté. V. au tabl. : opér. de Walther	Appendicectomie	Bon
XXIII	Ignipuncture bilatérale On a fait l'ignipuncture aux I, IX, voir tabl. : opération de Walther (I) et ablations (IX)	<i>Ignipuncture</i> Ligamentopexie. Appendicectomie	Non revue
	<i>Opération de Dupont (l'événement de l'ovaire)</i>		
	Observations X et XXI, voir tableau opération de Walther		
XVIII	Bilatérale	Résections cunéiformes Appendicectomie. Ligamentopexie	Améliorée, légères douleurs pré-menstruelles
XXXI	Subtotale	<i>Hystérectomies</i> Suspension du moi- gnon. Greffes	Non revue
VIII	Voir tableau opération de Walther		
	<i>Malades réopérées</i>		
	Observations X, XIV, XXI, voir tableau opération de Walther, XXXII, voir tableau ablation		

On voit donc que sur 33 opérations de Walther que nous avons faites, seules, ou combinées avec d'autres interventions, 8 de nos malades ne sont pas revenues (généralement parce que, se trouvant bien portantes, elles jugent inutile de nous revoir) ; nous ne considérerons évidemment pas ces cas dans nos résultats.

26 malades sont revenues et, parmi celles-ci :

14 sont considérées comme guéries, n'ayant plus accusé aucun trouble, plus aucune douleur, se trouvant améliorées dans leur état général et très heureuses de leur intervention.

5 ont été très améliorées, n'ayant plus de douleurs, sauf une légère douleur à l'examen ; ces malades elles-mêmes, du reste, se disent guéries.

7 ont eu une récurrence : une sur un ovaire opéré qui est devenu légèrement douloureux, moins cependant, dit-elle, qu'avant l'opération ; 3 sur un ovaire non opéré qui est devenu douloureux par la suite ; une a été peu améliorée et ses douleurs sont presque aussi fortes qu'avant ; 3 ont été réopérées (trompes infectées avant l'intervention, opérations conservatrices complexes).

4 malades ont eu des métrites souvent assez sévères et ont eu un assez bon résultat. Deux légères récurrences : une malade (métrite et salpingite) pendant dix-huit mois, est actuellement bien portante, ses douleurs ont disparu. Leurs résultats sont en général moins bons que dans les cas simples.

Une autre (observation XXI) qui avait de très violentes douleurs surtout avant et pendant les règles et

des crises très douloureuses du treizième au quinzième jour, pendant l'ovulation, qui a subi une opération complexe : myomectomie, résection subtotale des deux ovaires, énévation de l'ovaire droit, résection du nerf présacré, a été améliorée ; mais, ces derniers temps, on a constaté une récurrence nette avec douleurs violentes, salpingite associée.

Elle a été réopérée (hystérectomie subtotale) à Tarnier ; on n'a pas remarqué que les deux ovaires avaient subi une résection subtotale ; le péritoine pelvien était rouge, congestionné, friable, les trompes rouges, étalées, adhérentes à la paroi latérale.

Une autre malade, qui avait été très améliorée, a été réopérée pour salpingite, les douleurs ayant récidivé ensuite.

Une autre pour récurrence : à la première intervention ses trompes étaient infectées.

Nous n'avons eu que 4 insuccès francs. Nous avons remarqué que les 3 opérées, que le plus mauvais résultats ont eu des opérations complexes, avaient des lésions inflammatoires associées : dans ces cas l'opération radicale aurait dû être pratiquée d'emblée, la trop grande conservation prédisposant dans ces cas graves à la récurrence.

Nous complétons l'hystérectomie par des greffes ovariennes dans les grandes lèvres, les greffons prélevés sur des ovaires scléro-kystiques fonctionnent normalement (obs. XVII, XXXI, XXXII, XXXIX), nous évitons ainsi à nos malades, en grande partie les troubles de la castration chirurgicale. Il vaut donc

mieux dans les cas complexes, dans les cas où une inflammation annexielle est associée, pratiquer une opération radicale d'emblée et ainsi éviter les récides si fréquentes dans ces cas.

Nous espérons ainsi, tout en laissant la plus grande place à la chirurgie conservatrice, améliorer nos résultats et donner des indications opératoires s'adaptant à tous les cas.

Il est évidemment difficile de faire la part de la résection subtotal et celle des interventions combinées, mais, si l'on prend notre statistique générale, nous voyons que sur 26 opérées, revues, si nous éliminons un cas de résection cunéiforme du reste amélioré, nous avons :

14 résultats bons,
5 résultats assez bons,
3 résultats passables,
4 résultats mauvais.

4 malades ont été réopérées : une après l'ablation d'un ovaire (l'autre étant sain à la première intervention), une autre pour salpingite ; 2 autres pour salpingite et récide.

Sur 3 ovaires redevenus légèrement douloureux, aucun n'avait subi la résection subtotal ; nous exceptons les cas infectés pour lesquels nous préconisons l'opération radicale, les récides étaient alors des salpingo-ovarites infectées, les autres n'avaient rien eu ; 1 avait été cautérisé au thermocautère.

On remarque que si on ne compte pas les malades ayant eu des opérations conservatrices complexes,

pour des cas infectés, malades pour lesquels nous préconisons actuellement l'intervention radicale la proportion de nos bons résultats monte à 86 %, ces malades se considèrent comme guéries.

Ces résultats doivent être atteints couramment en suivant les techniques proposées plus loin.

Quant aux gestations ultérieures, Walther en a donné une proportion de 26 %, soit environ un quart de ses opérées. Cette proportion nous paraît un peu forte et, personnellement, nous n'avons obtenu que quatre gestations ultérieures (obs. XXXVI, XXVII, XXVI, II). Un certain nombre de nos malades, il est vrai, nous ont avoué, qu'ayant déjà eu des enfants, ou même n'en ayant pas, elles faisaient tout pour les éviter.

Ces résultats dans l'ensemble excellents, 86 % dans l'opération de Walther, nous ont incité à persévérer dans cette voie et surtout à étendre les indications de la résection subtotalé comme base de nos interventions, celle-ci ayant donné les meilleurs résultats à tous ceux qui l'ont pratiquée. Nous croyons qu'en suivant exactement nos indications opératoires, ces résultats pourraient encore être légèrement améliorés. On devra donc suivre la technique indiquée dans le chapitre suivant.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Nous basant sur les résultats précédemment signalés nous allons répondre à ces questions :

Quand faut-il opérer ?

Sur quels signes faut-il se baser pour décider de l'intervention ?

Que faut-il faire à l'intervention ?

Il faut toujours essayer au début le traitement médical : repos, grand air, vie saine, euménorrhéiques et même on pourrait essayer s'il existe, comme on le dit, une opposition thérapeutique entre la lutéine et la folliculine, le traitement par folliculine administrée quelques jours avant les règles dans les cas de congestion ovarienne, celle-ci étant provoquée par une hypersécrétion lutéinique.

Nous n'opérons pas les congestions ovariennes, c'est-à-dire les malades se plaignant de légers troubles prémenstruels, de règles abondantes, et à l'examen desquelles on sent une tumeur ovarienne qui disparaît après les règles. Nous n'interviendrons que si les métrorragies deviennent d'une abondance telle qu'elles forment à elles seules une indication opératoire (observations XXXVII). Et encore, dans ces cas peu fréquents,

l'insuline doit être essayée et ce n'est qu'après son insuccès que l'on pratiquera la résection subtotale.

Même lorsque le stade d'ovarite sclérokystique confirmée est atteint, le traitement médical sera institué, mais il sera fréquemment voué à l'échec et, dans ce cas, seule l'intervention chirurgicale peut faire espérer la guérison.

Il est encore un cas où nous intervenons, le cas des névropathes qui accusent de violentes douleurs ; elles exagèrent, mais leurs troubles nerveux sont souvent favorablement influencés par l'intervention.

Voici la technique que nous suivons :

Après laparotomie, la libération des adhérences s'il y a lieu, on examine les ovaires, les données macroscopiques vérifient le diagnostic clinique ; nous pratiquons alors l'opération de Walther suivant la technique du service mise au point par le Dr Douay ; nous insistons tout particulièrement sur le surjet hémostatique qui devra être fait très minutieusement et permettra d'éviter les rares suintements sanguins et l'hématome du Douglas.

La résection subtotale sera, suivant les cas, unilatérale ou bilatérale ; si un ovaire est atteint et si l'autre n'a que quelques petits kystes superficiels, on pourrait à la rigueur, après avoir fait l'opération de Walther sur l'ovaire atteint, cautériser au thermocautère l'ovaire présentant de petites lésions ; mais vu les résultats de l'ignipuncture, il vaudra mieux pratiquer la résection subtotale bilatérale (obs. I).

Au cas où un seul ovaire est atteint, l'autre étant

indemne, il suffit généralement de pratiquer l'opération de Walther unilatérale. Nous l'avons fait fréquemment (15 cas revus : rarement il y a eu récurrence même du côté où l'on s'est abstenu (trois fois) et les douleurs sont légères.

Si la trompe est infectée ou même imperméable, il faut enlever cette annexe si l'autre est saine, et non infectée, on peut pratiquer l'opération de Walther sur l'autre ovaire.

Le peu de tissu ovarien restant se régénère et suffit à remplir toutes ses fonctions.

Considérant que les opérations complémentaires ont une grande importance, nous adjoindrons toujours l'appendicectomie par principe, puis, si l'examen clinique nous a fait constater en plus des douleurs prémenstruelles de l'ovarite sclérokytiste, de la dysménorrhée, des névralgies pelviennes, de la plexalgie hypogastrique, une hyperesthésie endo-utérine, nous exécutons chaque fois la résection du nerf présacré qui est de grande importance dans ces cas.

La ligamentopexie sera faite en cas de déviation de l'utérus.

Toute opération réclamée par l'état pelvien sera adjointe. Nous avons ainsi pratiqué des myomectomies, des énucléations de kystes, des amputations du col, colpopérinéoraphies, etc... etc...

Si les lésions associées nous ont obligés à une intervention stérilisante ; si la malade désire garder une chance si petite soit-elle de maternité, nous pratiquons

la transplantation intra-utérine d'ovaire du type Tuffier.

On peut ajouter à l'opération de Walther l'énervation de l'ovaire, l'isophénolisation qui peuvent se pratiquer sur un ovaire opéré (obs. XXI) ; il vaut mieux, en effet, ne pas se contenter de l'énervation de l'ovaire car ses résultats se sont montrés inconstants. Nous n'avons pas pratiqué l'isophénolisation des pédicules lombo-ovariens. Cotte qui l'a souvent effectuée trouve ses résultats éphémères mais cependant la réserve, vu son effet sur la circulation aux cas d'aplasie ovarienne.

La section des ramificantes par lesquelles passent les filets nerveux qui vont à l'ovaire, mérite d'être essayée ; peut-être ses résultats seraient-ils satisfaisants, et, dans ce cas, ajoutée à la résection du nerf présacré, elle donnerait une insensibilisation de tout l'appareil utéro-tubo-ovarien.

Les opérations plus mutilantes, sont réservées aux cas plus complexes. Nous avons pratiqué une hystérectomie fundique ; la malade étant jeune, les deux trompes malades et imperméables, nous avons enlevé une annexe, nous avons laissé un ovaire malade sur lequel nous avons fait l'opération de Walther ; la malade se porte très bien et a des règles normales.

Nous avons fait une hystérectomie subtotale chez une femme de 48 ans ayant un fils de 30 ans : les trompes étaient imperméables ; nous avons cependant ajouté des greffes, les ovaires étant encore en activité physiologique.

Nous pensons que les résultats excellents de cette technique, s'adaptant à tous les cas d'ovarite scléro-kystique, l'améliorant presque toujours, la guérissent fréquemment et permettant en plus une vie génitale presque normale doivent faire étendre les indications de la chirurgie conservatrice et reléguer au strict minimum les cas dépendant de la chirurgie radicale.

Les résultats souvent décevants que nous avons obtenus dans les cas trop complexes, ou dans les infections annexielles surajoutées nous font tendre actuellement vers l'hystérectomie si les deux trompes ou ovaires paraissent enflammés (VII), les opérations conservatrices ne devront pas être trop compliquées (obs. X, XXI) car elles sont vouées fréquemment à la récédive.

La chirurgie conservatrice doit être simple pour donner des résultats. Ces cas nous paraissent plutôt convenir à l'hystérectomie qui seule peut faire espérer la guérison. Il ne faudra, dans ces cas, tenter la conservation, qu'après avoir prévenu la malade du risque de récédive, et si elle tient expressément à conserver des possibilités de maternité, on pratiquera alors la transplantation intra-utérine de l'ovaire opéré, technique qui donne dans ces cas les meilleurs résultats. Il ne faudra pas faire de salpingostomie, de réinplantation tubaire qui, en ces cas, ont le tort de laisser *in situ* une trompe ou un fragment tubaire, même légèrement infecté. Il ne faut jamais, en chirurgie conservatrice complexe, laisser de trompes enflammées, c'est la grosse cause de récédives.

En cas d'opérations radicales l'hystérectomie sera complétée par les auto-greffes ovariennes que nous pratiquons dans les grandes lèvres selon la technique de Douay. Ces greffons, pris sur des ovaires scléro-kystiques ont bien repris et fonctionnent généralement d'une façon normale à tout point de vue. Si, ce qui est rare, ils deviennent douloureux par la présence de petits kystes, on peut facilement les ponctionner, ce qui suffit pour arrêter ces légères douleurs.

Au cas où on devrait les extirper, ce qui ne nous est jamais arrivé, l'opération est facile par une petite incision de la grande lèvre à l'anesthésie locale.

Les greffes exécutées très facilement, vivent bien, ne donnent lieu à aucun incident et permettent la conservation de la corrélation ovarienne et ainsi les opérées éprouvent le minimum de troubles de la castration chirurgicale.

Si l'hystérectomie a été haute, supraisthmique, cela permettra généralement de petites règles, et évitera alors tout trouble de la ménopause anticipée. Il faudra donc la faire si possible, et avec greffes ovariennes.

Nous pensons que les résultats excellents de ces indications opératoires, s'adaptant à tous les cas d'ovaire scléro-kystique, doivent nous inciter à suivre ces techniques, et ainsi améliorer fréquemment, sinon presque toujours, ces malades pour lesquelles le pronostic hésite entre la douleur permanente et la castration, avec ses troubles avec la suppression de la vie génitale.

Nous pensons même que les résultats déjà fort bons que nous avons obtenus peuvent être sensiblement améliorés par la chirurgie conservatrice et simple dans les cas non infectés ; par, dans les cas infectés, l'exérèse totale du foyer : une trompe, une annexe, s'il est unilatéral ; les deux trompes, l'hystérectomie supra-isthmique avec greffe s'il est bilatéral (ce que nous appellerons la chirurgie radicale atténuée), et obtenir ainsi un pourcentage optimum de guérison.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

M^{me} V..., 19 ans, pas d'enfant.

Entrée le 23 janvier 1925 pour douleur abdominale bilatérale surtout juste avant les règles ;
règles abondantes ;
appendicectomie il y a 7 ans ;
réopérée pour des adhérences en mai 1924 ;
a beaucoup maigri.

Examen :

utérus un peu gros en rétroversion ;
col petit ; hymen circulaire ;
ovaire gauche gros et très douloureux.

Opérée le 29 janvier 1925 (Chevallier-Michon) ;
laparotomie médiane ;
on vérifie la région appendiculaire : pas d'adhérence ;
large accollement postérieur ;
ovaires sclérokytiques des deux côtés ;
à droite, ignipuncture ;
à gauche, résection subtotal (Walther) ;
fixation des ligaments ronds dans la suture médiane
de la paroi ;

Suites opératoires bonnes.

Sortie le 14 février 1925, 16 jours après, en bon état.

Revue ultérieurement. :

utérus légèrement refoulé à gauche et en avant ;
à gauche, pas de douleur ;
à droite, les douleurs ont diminué mais persistent
encore à l'approche des règles ;
l'ovaire droit est sensible à la pression.

OBSERVATION II.

M^{me} F..., 32 ans, 1 enfant.

Entrée le 21 janvier 1927 ;

douleurs abdominales gauches, règles douloureuses ;
crises très violentes depuis deux mois.

Examen :

gros utérus en rétroversion ;
ovaire gauche perceptible et douloureux.

Opérée le 24 janvier 1927 (Duval-Douay) :

appendicectomie avec enfouissement (appendice un
peu long) ;
ligamentopexie à la Doléris) ;
ovaire gauche gros et sclérokystique ;
résection subtotale (Walther).

Suites apyrétiques.

Sortie le 13 février 1927, 20 jours après, en bon état.

Revue régulièrement les années suivantes :

bon état, ni métrorragie, ni douleurs ;
un enfant en janvier 1933 ;
actuellement, bon état, règles régulières, indolores ;
quelques caillots.

OBSERVATION III.

M^{me} T..., 23 ans, 1 enfant.

Entrée le 18 février 1927 pour douleurs abdominales continues.

Examen :

très mal réglée, règles douloureuses ;
douleurs abdominales prémenstruelles ;
utérus de grosseur normale légèrement dévié à gauche ;
culs-de-sac douloureux, à gauche, très douloureux ;
traitement par diathermie sans amélioration.

Opérée le 24 février 1927 (Duval-Walther) ;

appenticectomie avec enfouissement ;
les deux ovaires sont gros et sclérokystiques ;
résection subtotale des deux ovaires (Walther) ;
ligamentopexie à la Doléris.

Suites légèrement fébriles, la température remonte le
12^e jour :

empâtement douloureux du Douglas, hématome du
Douglas ;

le 23 mars 1927, colpotomie, la température retombe
immédiatement à 37°.

Sortie le 3 avril 1927, en bon état.

Revue ultérieurement :

les douleurs ont totalement disparu ;
les culs-de-sac sont indolores au toucher ;
dernièrement, un peu de métrite cervicale.

OBSERVATION IV.

M^{me} S..., 23 ans, pas d'enfant.

Entrée le 14 mars 1927 :

pour douleurs abdominales ;

en novembre, les règles ont été normales ;
pas de règles en décembre, reprises en janvier ;
douleurs en février.

Examen :

utérus un peu gros en bonne position ;
à droite, grosse masse rétro-utérine ;
ovaire gauche très douloureux ;
diagnostic hésitant :
salpingo-ovarite postérieure après fausse couche,
hématocèle ;
petit kyste tordu ou enflammé de l'ovaire droit ;
l'insufflation tubaire est pratiquée pour éclairer le
diagnostic : la perméabilité des deux côtés fait
éliminer salpingite et hématocèle.

Cette méthode de différenciation n'est plus employée
car elle n'est pas inoffensive dans les cas de salpingite en
évolution.

Opérée le 26 mars 1927 (Douay) :

incision de Pfannenstiel ;
résection subtotala de l'ovaire droit qui est très gros
et sclérokystique, l'ovaire gauche, également
sclérokystique mais indolore, est laissé tel ;
appendicectomie avec enfouissement.

Suites opératoires bonnes.

Sortie le 9 avril 1927, 14 jours après, en bon état.

Revue ultérieurement :

ces derniers temps, l'ovaire gauche qui était déjà
légèrement sclérokystique en 1927, est devenu
douloureux à la pression, métrite cervicale,
cautérisation du col.

OBSERVATION V.

M^{me} M..., 29 ans, pas d'enfant.

Entrée le 26 mars 1927, pour stérilité :

mariée depuis trois ans ;

réglée à 14 ans ;

jamais de retard dans les règles ;

douleurs prémenstruelles.

Examen : utérus très gros, dévié, de forme anormale
(corne gauche volumineuse) ;

un lipiodol montre la corne droite moins développée
que la gauche ;

les deux trompes sont oblitérées au niveau de la par-
tie interstitielle des deux côtés ;

Opérée le 14 juin 1927 (Douay) pour stérilité tubaire et
douleurs prémenstruelles ;

laparotomie médiane ;

résection subtotale des deux ovaires gros et scléro-
kystiques ;

appendicectomie avec enfouissement ;

résection de la corne utérine gauche obstruée et im-
plantation de la trompe dans la cavité utérine.

Suites opératoires bonnes.

Sortie le 1^{er} juillet 1927, 16 jours après, en bon état.

Revue ultérieurement :

vérification de la perméabilité de la trompe gauche
(l'oxygène passe facilement à 150 mm. et la
perméabilité se maintient jusqu'à 50 mm.)
c'est-à-dire très bonne ;

la malade vient d'être revue : ses règles ont été régu-
lières, indolores ;

elle vient d'être ménopausée, il n'y a pas eu de grossesse consécutive à l'opération.

OBSERVATION VI.

M^{me} N..., 31 ans, une fausse couche il y a 8 ans.

Entrée le 9 juin 1927, pour stérilité et douleurs préménstruelles depuis plusieurs années :

Examen :

bouffées de chaleur depuis quelques mois ;

utérus un peu gros ;

grosse masse bilatérale douloureuse ;

examen au lipiodol : image d'hydrosalpinx double.

Opérée le 27 juin 1927 (Douay) pour stérilité tubulaire et douleurs :

laparotomie médiane ;

double hydrosalpinx plus volumineux à droite ;

granulations tuberculeuses sur le corps utérin surtout au niveau de la corne droite ;

gros ovaires sclérokystiques ;

appendicectomie avec enfouissement ;

résection des annexes gauches ;

résection subtotale de l'ovaire droit (sclérokystique) ;

résection de la trompe droite et de la corne utérine jusqu'à la muqueuse ;

implantation de l'ovaire droit dans la cavité utérine (op. de Tuffier).

Suites opératoires bonnes.

Sortie le 29 juillet 1927, 22 jours après, en bon état.

Revue :

la malade se porte beaucoup mieux depuis son intervention ;

ses règles régulières pendant plus de 7 ans n'ont plus jamais été douloureuses, elle n'a plus eu de crises ;

les bouffées de chaleur ont continué quelque temps après l'opération, elle n'a pas été enceinte, elle est maintenant ménopausée.

OBSERVATION VII.

M^{me} C..., 33 ans.

Entrée le 11 juillet 1927 pour douleurs pelviennes continues et surtout prémenstruelles ;
de plus, règles douloureuses.

Examen :

point appendiculaire ;
à gauche, ovaire gros et douloureux ;
à droite, annexite, grosse masse douloureuse.

Opérée le 13 juillet (Walther) :

appendicectomie avec enfouissement ;
ablation des annexes droites ;
résection subtotale (Walther) de l'ovaire gauche sclérokystique ;
résection du nerf présacré.

Pièce :

appendicite chronique ;
trompe rouge, bosselée, coudée par les adhérences ;
ovaire enflammé sclérokystique.

Suites opératoires bonnes.

Sortie le 4 août, après 25 jours, en bon état.

actuellement ses règles sont redevenues presque aussi douloureuses ;

elles sont très abondantes malgré l'ablation de droite et la résection subtotale à gauche (cas infecté : voir pièce).

OBSERVATION VIII.

M^{me} J..., 24 ans, pas d'enfant.

Entrée le 15 juin 1927 :

douleurs abdominales (crises fréquentes) ;
règles abondantes, de huit jours ;
douleurs prémenstruelles.

Examen :

utérus latéro-dévié à gauche ;
gros ovaire gauche douloureux ;
lipiodol fait le 21 juin : trompes imperméables.

Opérée le 27 juin (Douay) :

hystérectomie supra-isthmique ;
résection subtotale de l'ovaire droit sclérokystique
qui est laissé en place ;
appendicectomie avec enfouissement ;
drain dans le Douglas.

Pièce :

ovaire sclérokystique ;
trompe malade ;
utérus métritique.

Suites opératoires bonnes.

Sortie le 13 juillet 1927, 16 jours après, en bon état.

Revue, malgré l'ablation d'un ovaire, la résection subtotale de l'autre et l'hystérectomie supra-isthmique, ses règles sont très régulières, elles n'ont plus jamais été douloureuses depuis l'intervention elle n'a jamais eu de bouffées de chaleur.

OBSERVATION IX.

M^{me} P..., 25 ans, pas d'enfant, une fausse couche.

Entrée le 16 juillet 1927 :

pour métrorragie et douleurs abdominales prémenstruelles depuis longtemps ;

les règles du 20 juin sont normales ;

le 27 juin, perte de sang abondante et douloureuse.

Examen :

petit corps utérin légèrement repoussé à droite ;

à gauche, masse de la grosseur d'une mandarine ;

diagnostic incertain :

petit kyste de l'ovaire gauche ;

annexite kystique ;

hématocèle latéro-utérine ;

les pertes de sang continuent.

Opérée le 26 juillet 1927 (Papillon) :

incision de Pfannenstiel ;

appendice rétroccœcal, coudé et adhérent ;

appendicectomie avec enfouissement ;

ablation des annexes gauches (trompe rouge, coudée,
gros ovaire sclérokystique, enflammé et très
adhérent ;

ovaire droit sclérokystique, adhérent, trompe à peu
près saine ;

ignipuncture sur l'ovaire droit ;

un drain.

Suites opératoires bonnes. •

Sortie le 29 août 1927, 34 jours après.

OBSERVATION X.

M^{me} B..., 29 ans, pas d'enfant.

Entrée le 14 novembre 1927, pour douleurs abdominales surtout prémenstruelles.

Examen : réglée à 21 ans ;

douleurs prémenstruelles depuis la puberté ; violentes crises ;

annexes perceptibles, mobiles, douloureuses et volumineuses surtout à gauche ;

hyperesthésie endo-utérine ;

on pense à la tuberculose ;

traitement médical : pas de résultat ;

on fait le diagnostic d'ovarite sclérokystique.

Opérée le 12 décembre 1927 (Douay) :

résection subtotal de l'ovaire droit (Walther) ;

énervation de l'ovaire gauche (op. de Dupont) ;

hémostase difficile ;

résection du nerf présacré.

Suites opératoires bonnes.

Sortie le 28 décembre 1927, 16 jours après, en bon état.

Revue par la suite :

bien améliorée ; mais petit à petit, douleurs du côté gauche, surtout prémenstruelles, règles abondantes, il n'y a pas de douleur à droite ;

en mai 1928, grosse métrite du corps et du col (traitement médical) ;

en juillet 1928, salpingite, crise douloureuse, température 40.

Rentrée le 29 octobre 1928 :

grosse masse bilatérale.

Opérée le 22 octobre 1928 (Fonck) :

pour salpingite double et métrite :
excision de la cicatrice ;
utérus et annexes recouverts d'un voile d'adhérences ;
annexite double ;
hystérectomie subtotal (Kelly) mais sans évidence ;
libération de l'ovaire droit petit, collé au rectum ;
surjet séro-séreux (de sécurité) sur le rectum ;
surjet péritonéal difficile ;
fermeture sans drainage.

Sortie le 20^e jour.

Revue ultérieurement :

bon état ; pas de douleurs.
pertes blanches (Filhos intracervical pour métrite
cervicale du moignon) ;
en 1933, douleurs légères à droite ;
petite induration douloureuse de la grosseur d'une
cerise (peut-être due à la persistance d'un frag-
ment d'ovaire sclérokystique vivant à l'état de
greffe et devenu douloureux).

OBSERVATION XI.

M^{me} C..., 33 ans, pas d'enfant.

Entrée le 19 décembre 1927 :

souffre au moment de ses règles depuis la puberté ;
douleurs surtout prémenstruelles ;
depuis son mariage, elle souffre moins au moment de
ses règles mais souffre toujours dans le bas-ventre
de façon irrégulière ;

pertes blanches abondantes (Filhos, juin-juillet 1927).

Examen :

utérus un peu gros ;

ovaire droit gros et douloureux ;
insufflation tubaire, perméabilité des deux côtés.

Opérée le 21 décembre 1927 (Grinda) :

appendicectomie avec enfouissement ;
résection subtotale de l'ovaire droit ;
résection du nerf présacré ;
fermeture en trois plans sans drainage.

Suites opératoires bonnes.

Sortie le 13 janvier 1928, 23 jours après, en bon état.

OBSERVATION XII.

M^{me} R..., 25 ans, 2 enfants.

Entrée le 11 janvier 1928 :

crises douloureuses abdominales à droite depuis 5 ans ;
plusieurs crises avec vomissements pouvant faire penser à l'appendicite.

Examen :

pas de point appendiculaire net ;
utérus mobile en antéflexion ;
ovaire droit gros, très douloureux, dur, fixé au bassin ;
le rein paraît abaissé et douloureux à la palpation
(pas de pus dans l'urine, pas de calcul à la radio).
Et l'on conclut que cette sensibilité de la fosse lombaire est due au cœcum et au côlon ascendant, sans localisation précise à la radioscopie.

Opérée le 30 janvier 1927 (Douay) :

ovarite sclérokystique droite ;
laparotomie médiane ;
appendicectomie avec enfouissement (appendice libre sain) ;

l'ovaire droit est très volumineux, sclérokystique et adhérent ;
résection subtotale de cet ovaire ;
annexes gauches saines ;
fermeture sans drainage.

Suites opératoires bonnes.

Sortie le 14 février 1928, 15 jours après, en bon état.

Revue ultérieurement :

les douleurs ont complètement disparu ;
mais apparaissent en 1929, des signes de métrite du col et du corps ;
pertes purulentes et sanguinolentes ;
ulcérations du col (cautérisation) ;
enfin, en 1929, salpingo-ovarite gauche (traitée médicalement).

Revue en 1932, la malade était en bon état sans douleurs.

Pendant toute cette période d'infection génitale qui a duré 18 mois, il était difficile de se rendre compte du résultat de l'opération, mais, depuis deux ans, la malade est revue et ne souffre plus.

OBSERVATION XIII.

M^{me} P..., 32 ans, pas d'enfant.

Entrée le 30 janvier 1928 :

pour douleurs abdominales à droite, continues, mais surtout prémenstruelles ;
ces douleurs durent depuis quatre ans, et augmentent avant les règles.

Examen :

utérus gros en bonne position ;
les deux annexes sont augmentées de volume ;

mais à droite, ovaire gros et très douloureux ;
point de Mac Burney ;
l'insufflation tubaire montre les trompes perméables
des deux côtés.

Opérée le 6 février 1928 (Douay) :

incision de Pfannenstiel ;
appendicectomie assez difficile ;
ligature supplémentaire sur le méso ;
l'ovaire droit est gros, bosselé, sclérokystique, sans
adhérences ;
la trompe est saine (il s'agit d'ovarite sclérokystique) ;
résection subtotale de l'ovaire droit ;
l'ovaire gauche paraît normal ;
fermeture sans drainage ;
suture de la peau à la soie et au point de machine à
coudre (essai de suture esthétique).

Sortie le 22 février 1928, 16 jours après, en bon état.

Revue ultérieurement :

bon état ; les douleurs ont complètement disparu ;
les règles sont régulières ;
la cicatrice est plutôt moins belle que d'habitude.

OBSERVATION XIV.

M^{me} M..., 23 ans, un enfant.

Entrée le 4 décembre 1927 :

pour douleurs abdominales continues et pertes.

Examen :

gros utérus à gros col, ouvert et déchiré ;
masse gauche très douloureuse.

Devant l'échec d'un traitement médical, la malade
revient et

Rentre dans le service le 16 février 1928.

Opérée le 20 février 1928 (Douay) :

laparotomie médiane ;
appendicectomie avec enfouissement ;
ovaire gauche gros et sclérokystique ;
quelques adhérences ;
résection subtotale de l'ovaire gauche.

Suites fébriles quelques jours, puis apyrétiques.

Sortie le 10 mars 1928, 21 jours après, en bon état.

Revue ultérieurement :

en très bon état, sans douleur pendant 6 mois ;
puis 6 mois après l'intervention les crises réappa-
raissent, débutant à droite.

Hystérectomisée en ville.

OBSERVATION XV.

M^{me} B..., 27 ans, 2 enfants.

Entrée le 3 mai 1928 pour :

douleurs abdominales à droite (crises plus fréquentes
et plus fortes ces derniers temps).

Examen :

utérus normal en bonne position ;
à droite, gros ovaire douloureux ;
adénome du sein gauche.

Opérée le 5 mars 1928 (Douay) :

appendicectomie avec enfouissement ;
résection subtotale de l'ovaire droit, gros et scléro-
kystique ;
rien à gauche ;
fermeture sans drainage ;
ablation de l'adénome du sein gauche (drainage fili-
forme).

Suites opératoires :

fièvre le quatrième jour par suite d'un petit hématome
du sein.

Sortie le 17 mars 1928, 28 jours après, en très bon état
(bonnes cicatrices).

OBSERVATION XVI.

M^{me} P..., 29 ans, pas d'enfant.

Entrée le 12 mars 1928, pour douleurs abdominales droites
depuis quatre ans.

Examen :

ovaire droit gros et douloureux depuis plusieurs an-
nées.

Opérée le 14 mars 1928 (Chevallier) :

laparotomie médiane ;

appendicectomie avec enfouissement ;

gros ovaire droit sclérokystique ;

résection subtotalaire de cet ovaire.

Suites opératoires bonnes :

mais après ablation des fils du bourdonnet, écoulement
par un point de la cicatrice, d'un liquide jaune
d'or ;

cicatrisation normale.

Sortie le 5 avril 1928, 22 jours après, en bon état.

OBSERVATION XVII.

M^{me} B..., 32 ans, pas d'enfant.

Entrée le 10 avril 1929 :

pour douleurs à droite, prémenstruelles, durant depuis
très longtemps ;

règles très abondantes.

Examen :

utérus normal ;

violentes douleurs à droite ;

on ne sent pas l'annexe dans l'excavation pelvienne.

Opérée le 13 avril 1929 (Douay) :

incision latérale ;

appendicite chronique, l'appendice adhère à la trompe
droite, appendicectomie ;

ovaire très long (6 à 7 cm.) en ectopie iliaque ;

on agrandit légèrement l'incision ;

ovaire sclérokystique, résection subtotala ;

la portion reséquée servira pour deux greffes homo-
plastiques.

Suites opératoires bonnes.

Sortie le 27 avril 1929 en très bon état.

Revue ultérieurement en très bon état.

Observation de la malade greffée :

hystérectomie subtotala (avec mèche) pour rétrover-
sion, salpingo-ovarite bilatérale sans amélioration
malgré le traitement médical ;

greffe de la malade (procédé de Douay) ;

après ablation de la mèche, cedème des grandes lèvres,
pas de suppuration, les greffes reprennent ; cepen-
dant, quelques bouffées de chaleur au début, et
puis les greffes fonctionnent normalement.

OBSERVATION XVIII.

M^{me} H..., 33 ans, quatre enfants.

Entrée le 3 juin 1929 :

pour douleurs abdominales prémenstruelles surtout à
gauche ;

ces douleurs durent depuis plusieurs années ;
pertes blanches abondantes.

Examen :

utérus gros ;
ovaire droit gros et très douloureux ;
annexite gauche douloureuse quoique peu volumi-
neuse ;
rein droit mobile.

Opérée le 6 juin 1929 (Lapeyre) :

laparotomie médiane ;
utérus volumineux ;
trompes paraissant saines ;
ovarite sclérokystique bilatérale ;
appendice rétrocœcal ascendant ;
appendicectomie avec enfouissement ;
résection cunéiforme des deux ovaires ;
ligamentopexie à la Doléris.

Sortie le 22 juin 1929, 16 jours après, en bon état.

Revue ultérieurement :

souffre toujours avant les règles mais moins qu'avant ;
utérus en bonne position ;
ovaire gauche un peu gros.

OBSERVATION XIX.

M^{me} F..., 30 ans, 2 enfants.

Entrée le 22 juillet 1929 :

souffre du ventre à droite depuis deux ans ;
augmentation des douleurs depuis deux mois ;
crises très douloureuses ;
les règles sont très abondantes et les douleurs persis-
tent pendant toute leur durée.

Examen :

utérus un peu gros, globuleux, attiré vers la droite ;
ovaire droit gros et très douloureux.

Sort de l'hôpital le 25 juillet, puis

Rentre le 11 septembre 1929 après échec a'un traitement
médical :

les douleurs ont plutôt augmenté.

Examen : même diagnostic.

Opérée le 14 septembre 1929 (Douay) :

laparotomie médiane ;

appendicectomie (appendice malade) ;

résection subtotale d'un gros ovaire droit scléro-
kystique ;

résection du nerf présacré ;

un drain.

Suites opératoires bonnes.

Sortie le 30 septembre 1929, 16 jours après, en bon état.

Revue ultérieurement :

très bon état ;

légères douleurs à gauche.

OBSERVATION XX.

M^{me} V..., 22 ans, deux enfants.

Entrée le 16 septembre 1929 :

pour douleurs abdominales prémenstruelles violentes,
prolongées ;

s'étant aggravées après son accouchement qui remonte
à deux ans.

Examen :

l'utérus est normal, en bonne position ;

on réveille une violente douleur dans le cul-de-sac droit
sans que l'on puisse sentir nettement l'ovaire.

Opérée le 17 septembre 1929 (Douay) :

incision de Mac Burney basse pour examiner l'ovaire ;
appendicectomie au thermo, enfouissement ;
appendice enflammé vers la pointe ;
résection subtotale de l'ovaire droit sclérokystique ;
cet ovaire était très gros, sa capsule épaisse et blanchâtre et de très nombreux follicules apparaissaient.

Suites opératoires bonnes.

Sortie le 29 septembre 1929, 12 jours après, en bon état.

Revue ultérieurement :

en bon état ;
règles normales ;
légères douleurs deux jours avant les règles ;
à l'examen, aucune douleur.

OBSERVATION XXI.

M^{me} B..., 30 ans, 2 enfants.

Entrée le 21 juin 1930 pour névralgies ovariennes et pelviennes :

douleurs depuis la puberté ;
augmentent depuis trois ans ;
elles se produisent au moment de l'ovulation du 13^e
au 15^e jour après les règles, sans variation d'un
mois à l'autre ;
de plus, douleurs prémenstruelles qui se prolongent
et deviennent continues ; durent avant et pendant les règles ;
ces douleurs sont exacerbées par les rapports sexuels ;
un élément névropathique est surajouté.

Examen

gros utérus avec bosselures ;
gros ovaire très douloureux ;
l'hystéromètre pénètre sans difficulté mais pro-
voque une douleur vive (hyperesthésie endo-
utérine) ;

On pense à l'association de douleurs d'ovarite scléro-
kystique et, d'autre part, de névralgies utérines
d'origine sympathique.

Opérée le 30 juin 1930 (Douay) :

laparotomie médiane ; les trompes sont rouges mais
laissées en place (perméables) ;
myomectomie (petit fibrome du fond utérin) ; quelques
points sur la tranche ;
résection subtotale de l'ovaire droit ;
en plus, énérvation de cet ovaire (procédé de Dupont) ;
résection subtotale de l'ovaire gauche ;
résection du nerf présacré.

Sortie le 16 juillet 1930, après 16 jours, en bon état.

Revue ultérieurement : très bon état.

depuis quelque temps, elle est toujours en très bon
état mais, cependant, commence à se plaindre ;
on constate un peu de métrite du col ;
un an après, son état général est excellent, mais
elle dit souffrir sans aucune localisation, pour-
tant ses règles ne sont pas spécialement dou-
loureuses ;
pas de douleurs à l'examen ;
l'élément névropathique est toujours très marqué ;
au bout de 18 mois, les douleurs récidivent, de plus
inflammation annexielle nette.

Réopérée le 23 juin 1932 à la clinique Tarnier :

Hystérectomie subtotale, les 2 ovaires gros paraissent

normaux, le péritoine pelvien est rouge, congestionné, friable, les trompes sont rouges, étalées, adhérentes à la paroi latérale.

OBSERVATION XXII.

M^{me} B..., 22 ans, pas d'enfant.

Entrée le 30 juin 1930 :

pour douleurs violentes à droite, débutant huit jours avant les règles.

Examen :

utérus normal en bonne position ;
ovaire gros et douloureux à droite.

Opérée le 1^{er} juillet 1930 (Douay) :

incision de Pfannenstiel ;
appendicectomie avec enfouissement ;
résection subtotale de l'ovaire droit ;
drain latéral.

Sortie le 19 juillet 1930, 18 jours après, très bon état.

Revue ultérieurement :

très bon état ;
cicatrice remarquable ;
ne souffre plus depuis son opération.

OBSERVATION XXIII.

M^{me} C..., 33 ans, 3 enfants.

Entrée le 7 juillet 1930, pour douleurs pelviennes durant depuis très longtemps.

Examen :

rétroflexion et rétroversion d'un gros utérus ;
annexes gauches volumineuses et douloureuses ;
annexes droites perceptibles et sensibles.

Opérée le 9 juillet 1930 (Douay) :

laparotomie médiane ;

appendicectomie avec enfouissement ;

les deux ovaires sont gros, irréguliers, sclérokystiques
(petits kystes superficiels) ;

ignipuncture des petits kystes des ovaires ;

ligamentopexie à la Doléris.

Sortie le 23 juillet 1930, 14 jours après, en bon état.

OBSERVATION XXIV.

M^{me} C..., 29 ans, 2 enfants.

Entrée le 25 août 1930, pour règles abondantes ;

douleurs prémenstruelles ;

Examen :

utérus en grosse rétroversion, mobile ;

ovaires perceptibles, celui de gauche étant seul douloureux.

Opérée le 27 août 1930 (Douay) :

laparotomie médiane ;

résection subtotale de l'ovaire gauche ;

ligamentopexie à la Doléris.

Sortie le 12 septembre 1930, 16 jours après, en bon état.

Revue ultérieurement en bon état :

puis présente des signes d'infection génitale récente ;

pertes blanches et rouges dans l'intervalle des règles ;

grosse métrite du col et du corps ;

l'utérus gros est en bonne position ;

annexes sensibles à gauche à la pression ;

actuellement la malade se porte bien, ses règles sont indolores, un peu irrégulières.

OBSERVATION XXV.

M^{me} R..., 30 ans, 1 enfant.

Entrée le 28 février 1931, pour un énorme kyste de l'ovaire,
gros comme un utérus de sept mois :
les règles sont régulières, durent cinq jours ;
depuis quelques années cependant, elle souffre dans
les jours qui précèdent les règles.

Opérée le 2 mars 1931 (Douay) :

laparotomie médiane ;
ablation du gros kyste ;
annexectomie gauche ;
l'ovaire droit est sclérokystique ;
de plus, il existe un kyste du parovaire de la grosseur
d'une noix ;
énucléation de ce kyste ;
résection subtotale de l'ovaire ;
un drain.

Suites opératoires favorables.

Sortie le 21 mars 1931, 19 jours après, en bon état.

Revue ultérieurement :

la malade est très heureuse de son intervention ;
ses règles sont régulières, mais redevenues un peu dou-
loureuses dans les 3 jours qui les précèdent, la
malade dit « légères douleurs » ;
l'ovaire droit réséqué est gros comme une grosse
amande, un peu sensible à la pression ;
le cul-de-sac de Douglas est douloureux (sensibilité
du sympathique pelvien).

OBSERVATION XXVI.

M^{me} I..., 33 ans, 3 enfants.

Entrée le 2 mars 1931, pour douleurs lombaires :

de plus, depuis longtemps et surtout depuis son dernier
accouchement, douleurs prémenstruelles à droite.

Examen :

utérus petit en rétroversion réductible et en rétro-
flexion ;

gros ovaire droit douloureux ;

prolapsus ;

rectocèle ;

éventration (dissociation des droits après accouche-
ment).

Opérée le 23 mars 1931 (Douay) :

colporaphie antérieure ;

périnéoraphie postérieure avec myoraphie des rele-
veurs ;

incision médiane sous-ombilicale ;

appendicectomie avec enfouissement ;

très gros ovaire sclérokystique à droite ;

résection subtotale.

Sortie le 24 avril 1931, 32 jours après, en bon état.

Revue ultérieurement : en très bon état :

l'ovaire droit reséqué est indolore et est plutôt plus
gros que le gauche ;

en 1932, gestation possible de trois mois et demi
(réaction d'Asheim positive) ;

accouchement en 1932 ;

huit mois après, légères douleurs dans le ventre ;
rétroversion réductible ;

les ovaires sont perceptibles, mais indolores.

OBSERVATION XXVII.

M^{me} B..., 27 ans, pas d'enfant.

Entrée le 9 septembre 1931, pour douleurs prémenstruelles :
règles abondantes ;

les douleurs prémenstruelles sont de plus en plus
longues et plus violentes, localisées à droite.

Examen :

utérus en bonne position ;
ovaire droit gros et douloureux.

Opérée le 15 septembre 1931 (Douay) :

incision latérale basse ;
appendicectomie avec enfouissement ;
l'ovaire, saisi par son ligament interne utéro-ovarien,
est amené dans le champ opératoire ;
il est gros, sclérokystique, sans adhérences ;
résection subtotale de l'ovaire droit ;
fermeture sans drainage.

Sortie le 28 septembre 1931, 13 jours après, en bon état.

Revue ultérieurement en bon état sans troubles, ni douleurs :

grossesse de deux mois et demi en évolution (Réaction
d'Asheim positive).

OBSERVATION XXVIII.

M^{me} A..., 44 ans.

Entrée le 30 septembre 1931, pour douleurs abdominales :
règles abondantes et douloureuses ;

douleurs violentes prémenstruelles depuis plusieurs
années ;

traitée en ville par la diathermie sans aucun résultat.

Examen :

gros utérus dévié à gauche ;
ovaire gauche gros et douloureux.

Opérée le 6 octobre 1931 (Douay) :

appendicectomie avec enfouissement ;
résection subtotale de l'ovaire gauche qui est gros et
sclérokystique ;
résection du nerf présacré.

Suites opératoires bonnes.

Sortie le 24 octobre 1931, 18 jours après, en bon état.

Revue ultérieurement :

ses règles ne sont plus douloureuses ni avant, ni pen-
dant ;
elle est très heureuse de son intervention.

OBSERVATION XXIX.

M^{me} C..., 21 ans, 1 enfant.

Entrée le 24 septembre 1931 :

ses règles durent cinq jours ;
elle souffre surtout avant les règles.

Examen : point appendiculaire :

masse annexielle à droite, indolore ;
ovaire gauche gros et très douloureux.

Opérée le 26 octobre 1931 (Douay) :

ablation de l'appendice malade ;
le gros ovaire gauche douloureux, qui était clinique-
ment malade, est sclérokystique ;
le droit, également gros, paraît sain ;
résection subtotale de l'ovaire gauche.

Suites opératoires bonnes.

Sortie le 11 novembre 1931, 18 jours après, en bon état.

OBSERVATION XXX.

M^{me} P..., 28 ans, 2 enfants.

Entrée le 15 juin 1932, pour règles abondantes et douloureuses, durant huit jours ;

pertes blanches ;

violentes douleurs prémenstruelles.

Opérée le 18 juin 1932 (Douay) :

incision de Pfannenstiel ;

appendicectomie avec enfouissement ;

les deux ovaires sont gros et sclérokystiques ;

résection subtotale des deux ovaires ;

drain placé dans l'angle externe droit de l'incision transverse, passé dans une boutonnière péritonéale correspondant à la fossette inguinale interne ;

amputation du col au bistouri ordinaire par le procédé conique de Sturmdorf ;

suture par double point en U.

Sortie le 7 juillet 1932, 20 jours après, en très bon état.

OBSERVATION XXXI.

M^{me} T..., 48 ans, 1 enfant (de 30 ans).

Entrée le 14 janvier 1932 :

Douleurs prémenstruelles depuis 3 ans, ayant tendance à se prolonger.

Examen :

gros utérus en rétroversion ;

douleurs annexielles violentes ;

cystocèle ;

(au spéculum) col en bon état.

Opérée le 25 janvier 1932 (Douay) :

appendicectomie ;

annexes malades ;

et surtout gros ovaires sclérokystiques, principalement à droite ;

l'ovaire gauche, moins malade, servira pour prendre un greffon (cette partie contient un corps jaune qui prouve l'activité physiologique de cet ovaire) ;

hystérectomie subtotale (cervico ligamentopexie) ;

deux greffes sont faites dans les grandes lèvres (procédé de Douay).

Suites très favorables.

Sortie le 14 février en très bon état, 20 jours après.

Revue ultérieurement :

les greffes sont atrophiées ;

elle a des bouffées de chaleur ;

le col est bien suspendu à 7 cm. de l'orifice vulvaire ; maintenant, la greffe droite s'hypertrophie mensuellement depuis quelque temps ;

les bouffées de chaleur ont disparu ;

le col est bien fixé ;

la malade ne souffre plus.

OBSERVATION XXXII.

M^{me} M..., 32 ans, 1 enfant.

Entrée le 12 octobre 1931 :

pour douleurs pelviennes remontant à la puberté ; ces douleurs prémenstruelles deviennent presque permanentes ;

pertes blanches et verdâtres ;

à eu, il y a deux mois, une série de propidons sans résultat.

Examen : on sent surtout un gros ovaire droit, rétroplacé, très douloureux.

Opérée le 19 octobre 1931 (Douay) :

incision de Pfannenstiel ;

ablation de l'ovaire droit ; gros ovaire sclérokystique ;

l'ovaire gauche, un peu gros, paraît sain et est laissé en place.

Suites opératoires bonnes.

Revue ultérieurement :

2 mois après l'opération, en décembre 1931 :

l'ovaire gauche est gros et douloureux ;

les douleurs deviennent très violentes ;

en plus des lésions ovariennes gauches, on constate une ulcération du col ;

une biopsie est pratiquée : c'est une grosse ulcération métritique ;

la malade souffre de plus en plus ;

l'ovaire gauche est gros et très douloureux ;

la métrite du col n'est pas améliorée ;

Dans ces conditions, on propose une seconde intervention, cette fois radicale.

Opérée le 1^{er} février 1932 :

Laparotomie médiane ;

gros ovaire gauche sclérokystique ;

hystérectomie totale ;

péritonisation ;

fermeture au fil métallique par suite du manque de souplesse de la paroi (Pfannenstiel trois mois avant) ;

greffe dans les grandes lèvres (procédé de Douay).

Suites favorables :

Revue ultérieurement :

les greffes sont atrophiées ;
bouffées de chaleur très fréquentes.

Examen :

un peu d'induration à gauche (épiploite probable) ;
Quatre mois après l'opération, l'activité des greffes
commence à se traduire par quelques douleurs et
un léger gonflement ;
les bouffées de chaleur diminuent ;
depuis, les greffes fonctionnent bien, quelquefois les
deux en même temps ;
les bouffées de chaleur ont beaucoup diminué, mais
n'ont pas complètement disparu.

OBSERVATION XXXIII.

M^{me} D..., 19 ans, pas d'enfant.

Entrée le 13 février 1932, pour douleurs abdominales
très violentes prémenstruelles débutant à droite ;
règles abondantes.

Examen :

on sent un gros ovaire droit douloureux.

Opérée le 15 février 1932 (Douay) :

incision latérale basse ;
extirpation de l'appendice (enfouissement) ;
ovaire droit gros et sclérokystique ;
résection subtotala de cet ovaire ;
fragment conservé à la glacière pour greffe homo-
plastique (non utilisé).

Sortie le 3 mars 1932 en très bon état (17 jours après).

Revue, elle est heureuse de son intervention, elle a eu quelques rares bouffées de chaleur pendant 5 mois après l'opération, maintenant ses règles sont normales, régulières, peu douloureuses 1 mois sur 2.

OBSERVATION XXXIV.

M^{me} C..., 23 ans, 1 enfant.

Entrée le 3 mars 1932, pour douleurs abdominales droites prémenstruelles durant 8 jours ;
règles abondantes durant 13 à 14 jours ;
pertes blanches fréquemment teintées de sang ;
crise d'appendicite il y a deux ans ;
troubles nerveux (élément névropathique).

Examen : point appendicitaire ;
ovaire droit gros et douloureux ;
déchirure du col (à bords tranchants et rigides).

Opérée le 7 mars 1932 (Douay) :
incision de Jalaguier ;
appendicectomie ;
l'ovaire droit, attiré dans le champ, apparaît gros et sclérokystique ;
résection subtotale.

Suites opératoires : le 6^e jour, ascension thermique ;
empâtement du Douglas ;
le 22 mars, grosse masse gauche et postérieure ;
abcès du Douglas (hématome infecté) ;
le 23 mars, colpotomie.

Sortie le 9 avril, 16 jours après la colpotomie, en bon état.

Revue ultérieurement :
elle n'a plus de douleurs, plus de ménorragie ;
ses règles sont régulières ;

se plaint encore de quelques troubles nerveux ;
actuellement : elle ne s'est jamais aussi bien portée ;
elle n'a plus aucune douleur, ses troubles nerveux
même ont disparu.

OBSERVATION XXXV.

M^{me} B..., 31 ans, pas d'enfant.

Entrée le 19 mars 1932, pour crises douloureuses pré-
menstruelles, de plus en plus violentes ;
douleurs pendant les rapports sexuels.

Examen :

on trouve surtout un gros ovaire droit prolabé et très
douloureux.

Opérée le 21 mars 1932 (Douay) ;

l'utérus est fixé par de nombreuses adhérences ;
libération de cet utérus ;

à droite, gros ovaire sclérokystique adhérent ;
on libère les adhérences, résection subtotale de l'ovaire
droit ;

à gauche, gros ovaire sclérokystique aussi ;

l'extension des lésions, la non perméabilité de la
trompe font préférer l'annexectomie.

Suites opératoires un peu fébriles quelques jours puis
rapidement apyrétiques.

Sortie le 17 avril 1932, 27 jours après, en bon état.

OBSERVATION XXXVI.

M^{me} M..., 27 ans, 1 enfant.

Entrée le 2 mai 1932 :

pour douleurs abdominales droites prémenstruelles ;
point appendiculaire.

Examen :

rétroversion

ovaire droit gros et douloureux ;

douleur appendiculaire ;

de plus, troubles nerveux depuis un an caractérisés
par des crises sans perte de connaissance.

Opérée le 9 mai 1932 :

appendicectomie ;

résection subtotale de l'ovaire droit ;

ligamentopexie à la Doléris.

Suites opératoires bonnes.

Sortie le 26 mai, après 17 jours, en bonne santé.

Revue :

depuis l'opération ses règles n'ont plus jamais été
douloureuses ;

elles durent 2 jours ;

M^{me} M..., est pour le moment enceinte de 8 mois ;

elle n'a plus eu de troubles nerveux.

OBSERVATION XXXVII.

M^{me} T..., 32 ans, 1 enfant.

Entrée le 27 janvier 1932 :

pour point appendiculaire :

point vésiculaire.

Examen gynécologique :

peu de chose ;

légères douleurs à gauche.

Sort le 2 février pour un traitement médical.

Rentre le 30 mai :

depuis quelques mois, se plaint de violentes douleurs
préménstruelles gauches ;

pertes de sang très abondantes avec gros caillots.

Examen :

gros ovaire gauche douloureux ;

on fait le diagnostic de métrorragie d'origine ovarienne ;

un curettage a été fait.

Sort le 22 juin.

Rentre le 7 juillet :

ses règles ont été très abondantes avec gros caillots ;

de violentes douleurs à gauche les ont précédées.

Examen :

masse tendue et douloureuse para-utérine gauche.

Opérée le 20 juillet (Saint-Pierre) :

appendicectomie ;

ablation de l'annexe gauche ;

l'ovaire, envoyé au laboratoire, est gros et scléro-
kystique ;

la trompe est atteinte de salpingite banale.

Sortie le 31 août, après 42 jours.

Revue ultérieurement :

en bon état sans douleur ;

petite hernie sous-cutanée à la partie inférieure de la cicatrice.

OBSERVATION XXXVIII.

M^{me} P...

Entrée le 16 août 1932 :

plusieurs aménorrhées de quelques mois ;

règles toujours très irrégulières et toujours très douloureuses surtout dans les jours qui précèdent.

Examen :

utérus en légère rétroposition ;

kyste de l'ovaire droit.

Opérée le 20 août 1932 (Peytavin) :

ablation de l'ovaire droit kystique ;

résection subtotale de l'ovaire gauche ;

on n'a laissé qu'une bande infime de tissu ovarien.

Sortie le 1^{er} octobre, après 42 jours, en bon état.

Revue ultérieurement :

très améliorée, ses règles sont normales, régulières ;

les douleurs prémenstruelles ont disparu ;

les règles sont elles-mêmes un peu douloureuses ;

l'utérus est petit en rétroflexion, peu mobile (sclérose
des ligaments larges).

OBSERVATION XXXIX.

M^{lle} B..., 17 ans.

Entrée le 11 octobre 1932 :

réglée à 13 ans ;

ses règles sont très irrégulières :

aménorrhée depuis janvier 1932 ;

elle a depuis cette date beaucoup grossi (insuffisance
ovarienne).

Examen :

kyste de l'ovaire droit, du volume d'une grosse orange,
repoussant l'utérus à gauche.

Opérée le 17 octobre 1932 :

appendicectomie ;

ablation du kyste de l'ovaire droit (kyste dermoïde)
avec la trompe correspondante ;

à gauche, l'ovaire est gros et sclérokystique ; il néces-
site une résection subtotale ;

on garde un fragment de cet ovaire pour greffes auto-
plastiques ;

ces greffes sont faites dans les grandes lèvres, dans l'intention de voir si elles fonctionneront.

Suites très favorables.

Sortie le 1^{er} novembre 1932, après 15 jours :

la malade se porte beaucoup mieux depuis son opération, elle a une légère douleur le 1^{er} jour des règles, cette douleur ne semble pas en rapport avec ses ovaires ;

malgré l'aménorrhée survenue 1 an avant l'opération, ses règles sont devenues régulières, elle a néanmoins quelques bouffées de chaleur.

CONCLUSIONS

I. — L'ovarite scléro-kystique est habituellement considérée comme une maladie trophique de l'ovaire, sous la dépendance d'un trouble de son innervation sympathique. Les recherches récentes sur la fonction hypophysaire permettent de supposer que l'ovarite scléro-kystique serait la conséquence d'un hyperfonctionnement endocrinien de l'hypophyse.

II. — Le traitement de cette maladie soulève un problème thérapeutique intéressant et encore discuté.

III. — Le traitement médical sera d'abord essayé.

A la première période de congestion, il peut donner des résultats intéressants.

A la deuxième période d'ovarite confirmée, ses résultats sont rarement satisfaisants.

IV. — Le traitement chirurgical sera utilisé après échec du traitement médical. Il sera autant que possible le conservateur.

V. — L'opération de Walther ou résection subtotale de l'ovaire, d'exécution facile pouvant être pratiquée quelle que soit l'étendue des lésions ovariennes,

peut, à notre avis, être considérée comme le traitement se base de l'ovarite scléro-kystique.

VI. — On lui adjoindra, s'il y a lieu, d'autres compléments opératoires en vue d'assurer une guérison plus complète :

L'appendicectomie par principe ;

La fixation de l'utérus en bonne position, en cas de rétroversion ;

La résection du nerf présacré, en cas de dysménorrhée, de plexalgie pelvienne ;

Et toutes autres opérations adjointes, commandées par l'état du petit bassin.

L'isophénolisation, l'énervation de l'ovaire, quoique de résultats inconstants, peuvent s'appliquer à certains cas, elles peuvent alors être ajoutées à l'opération de Walther.

VII. — Les résultats que nous avons observés après l'opération de Walther nous permettent de conclure que la régénération de l'ovaire est la règle, la non régénération, l'exception. L'ovaire néoformé est généralement sain ainsi que le montre l'amélioration presque toujours constatée. En somme, la guérison obtenue par cette thérapeutique chirurgicale combinée est fréquente (86 % dans nos observations).

La gestation ultérieure reste possible.

VIII. — L'hystérectomie sera réservée :

1^o Aux récidives ; seul le traitement radical peut alors faire espérer la guérison ;

2° Aux cas complexes, et spécialement par annexite inflammatoire associée ; la conservation, excessive dans ce cas, entraîne fréquemment la récurrence ; l'hystérectomie pourra être fundique, supra-isthmique. Le désir, exprimé par la malade de garder une possibilité de maternité sera le seul argument à prendre en considération contre l'opération radicale.

L'hystérectomie sera complétée par une auto-greffe ovarienne dans les grandes lèbres.

Les greffons prélevés sur les ovaires scléro-kystiques fonctionnent en général normalement.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu : le Président de la thèse,
FAURE.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Alfieri.* — Congrès de la Société Italienne de Gynécologie, 1931.
- Amenabar.* — Résection partielle et réduction de la circulation ovarienne comme traitement de l'ovarite scléro-kystique (La Semana Medica, 5 juillet 1923).
- Barraud.* — Traitement des métrorragies de l'ovarite scléro-kystique. Thèse Bordeaux, 1903.
- Bouilly.* — Notes sur l'ovarite scléro-kystique (La Gynécologie. Paris, 1900).
- Boursier.* — Des opérations conservatrices dans l'ovarite scléro-kystique (Médecine de Bordeaux, 1903).
- G. Bozzi-Cuso.* — Clinica ostetrica, juin 1929.
- Brouha.* — Le lobe antérieur de l'hypophyse.
- Cacheux (Le).* — Contribution à l'étude de l'ovarite scléro-kystique et de son traitement par la résection partielle. Thèse Paris, 1927.
- Castano.* — La congestion pelvienne, son étiopathogénie et son traitement (Gynécologie et Obstétrique, février 1934).
- Cotte.* — Dégénérescence scléro-kystique donnant lieu à des métrorragies (Société de Chirurgie de Lyon, 28 juin 1923 ; Lyon chirurgical, mars-avril 1925).
- Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme, 1931.
 - Chirurgie du sympathique pelvien en gynécologie, 1932.
 - Sur les possibilités actuelles de la chirurgie conservatrice dans le traitement des salpingo-ovarites (Gynécologie et Obstétrique, janv. 1934).

Dalché. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes.

— Maladies de l'ovulation.

Dalché de Desplanels. — L'ovarite. Thèse, 1885.

Dalché et Fouquet. — La Gynécologie, septembre 1925.

Douay (E.). — La Gynécologie.

Dupont. — Contribution à l'étude de l'ovarite scléro-kystique.

Thèse 1909

— Gynécologues et obstétriciens de langue française.

Faure et Siredey. — Traité de Gynécologie.

Forgues et Massabuau. — Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale, 1910.

Fraiquin. — L'ovarite scléro-kystique. Thèse Bordeaux, 1899.

Gallard. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes, 1873.

Gallez. — Kystes de l'ovaire.

Gonzette. — Contribution à l'étude des ovaires à petits kystes.

Thèse Paris, 1890.

Guinier. — Pathogénie de l'ovarite scléro-kystique. Thèse Paris, 1922.

Gross. — Sur les hémorragies utérines dans la dégénérescence scléro-kystique des ovaires (Revue médicale de Metz, 1900).

Houdart. — Rapport de Proust (Bulletin et Mémoires de la Société nationale de Chirurgie, mai 1927).

Jeanneney. — Progrès médical de Bordeaux.

Leroy. — Contribution à l'étude de l'ovariotomie incomplète.

Thèse Paris, 1881.

L'Hermitte et Dupont. — Académie de Médecine, 4 mai 1926.

Delemos. — Tratamentos das ovarites e falsas ovarites esclero-kisticas (Arch. Brazil. Med. de Rio-Janeiro, 1923).

Mallet (Guy). — Ovarites scléro-kystiques (Lyon médical, 1922).

Michon. — Contribution à l'étude des Hémorragies utérines d'origine ovarienne. Les micro-kystes métrorragiques (Revue Française de Gynécologie et Obstétrique, avril 1930).

Moulouquet. — Diagnostics anatomo-cliniques de Lecène (Appareil génital de la femme, 2^e partie).

— Annales anatomo-pathologiques.

Petit (Paul) — Ovarites et kystes de l'ovaire (Nouvelles Archives de Gynécologie, 1888).

Roux. — Les névromes sympathiques dans les ovarites scléro-kystiques (Académie de Médecine, 16 mars 1926).

Roux de Brignolles. — La Gynécologie, sept. 1909.

Rouville (M. G. de) et Mocquot (P.). — Rapport du Congrès de Chirurgie. Paris, 4 et 9 oct. 1926.

Siredey. — Hygiène des maladies des femmes. Paris.

Spencer-Wells. — Tables, 1882.

Tissier. — Thèse, 1886.

Vanverts. — Les opérations conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes (Echo médical du Nord, oct. 1926).

Violet. — Ovarite kystique (Société nat. de médecine et Soc. méd. de Lyon, 17 janvier 1923).

Walther (Ch.). — Résultats éloignés des opérations conservatrices dans la chirurgie des annexes de l'utérus (Journal de Médecine et de Chirurgie pratique, 10 juin 1922).

Walther (Paul). — Valeur de la résection du plexus hypogastrique supérieur dans le traitement des névralgies pelviennes (Bruxelles médical, 10 nov. 1929).

Annales anatomo-pathologiques.

Congrès de Chirurgie, 1926. — Réponses.

La Douleur en Gynécologie, 1934 (Les Douleurs abdomino-pelviennes). Colaneri-Douay.

